
دراسات فى
الإعلام الصحى
الجزء الثاني
تصميم الغلاف: محمد عمار
إعداد:
أ.د / محمد على محمد غريب
د / عثمان بكر عثمان قزاز
د / وجدي حلمي عيد عبد الظاهر
د / إيمان فتحى عبد المحسن حسين
المكتب العربي للمعارف

دراسات في الإعلام الصحي
الجزء الثاني

إعداد

أ.د/ محمد علي محمد غريب
د/ عثمــان بــكر عثمــان قزاز
د/ وجدي حلمي عيد عبد الظاهر
د/ إيمان فتحي عبد المحسن حسين

الناشر

المكتب العربي للمعارف

اسم الكتاب : دراسات في الإعلام الصحي- الجزء الثاني
اسم المؤلف : أ.د/ محمد علي محمد غريب وآخرين
رسوم الغلاف : محمد عمار

الناشر
المكتب العربي للمعارف
26 شارع حسين خضر من شارع عبد العزيز فهمي
ميدان هليوبوليس - مصر الجديدة - القاهرة
تليفون /فاكس: ٢٦٤٢٣١١٥ – ٠١٢٨٣٣٢٢٢٧٣
بريد إلكتروني : Malghaly@yahoo.com

الطبعة الأولى 2018

رقم الإيداع : 2017/15029
الترقيم الدولي :I.S.B.N.978-977-812-163-6

اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية

(دراسة ميدانية)

مقدمة

تلعب وسائل الإعلام دورًا مهمًا في تقديم الوعي لأفراد المجتمعات في شتى المجالات، بما فيها تزويد المجتمع بالمعلومات الصحيحة عن القضايا والمواقف المختلفة وتحديد الاتجاهات، كما يلعب الإعلام دورا بارزًا في تعزيز المعرفة لدى كافة الفئات في المجتمع.

مما يساعد المجتمع على اتخاذ دور فعال في التعامل مع كثير من الموضوعات المطروحة والقضايا البارزة به، والتي منها القضايا الصحية، فقد باتت وسائل الإعلام الآن تسهم في تعزيز الوعي، وهي الوسيلة المثلى للتوعية بالقضايا الصحية بالمجتمع، لذا ظهر مفهوم الإعلام الصحي حيث يعد الإعلام الصحي شكلاً من أشكال الإعلام المتخصص وهو يهتم بدراسة الجوانب والقضايا التي تخص صحة الإنسان وتغير العادات السلوكية الصحية الخاطئة له ويقوم بذلك من خلال تناول القضايا الصحية والطبية وتقديم الحقائق والأخبار والمعلومات والآراء بمزيد من الشرح والتحليل والتفسير وتسليط الأضواء، وإبراز التطورات والمستحدثات الجديدة في مجال الصحة والطب وهي موجهة إلى الجماهير لتحقيق ثقافة صحية عالية في مواجهة تحديات المتمثلة بالأمراض.

لذا اهتم المؤلفون بالبحث في الإعلام الصحي والتوعية التي يقدمها، وآثاره المختلفة على فئات المجتمع.

المؤلفون

مقدمة

في إطار الاهتمام الدولي صدرت العديد من التشريعات لتحسين أوضاع المرأة في كثير من الدول وزيادة الوعي العام بقضايا المرأة والتنمية وبخاصة في مصر بعد صدور القرار الجمهوري في 8 فبراير عام 2000 بإنشاء المجلس القومي للمرأة الذي كان من أهم حلقات العمل الوطني في بناء مصر المستقبل، وهو تأكيد لرؤية الدولة واهتماماتها بالمرأة وضرورة النهوض بها باعتبارها دعامة رئيسية في بناء المجتمع في ظل المتغيرات العالمية والدولية المحيطة والذي يمثل عملاً واهتمامًا من الدولة وكل مؤسساتها بدور المرأة وانجازاتها باعتبارها شريكة في مسيرة التنمية وثورة قومية هائلة في دعم مسيرة التنمية وإستداماتها(1) وتشهد المرحلة الانتقالية التي يعيشها المجتمع المصري بكل مظاهر التغيير الحادثة في بنائه الاجتماعي والاقتصادي. تطورات في أوضاع المرأة المصرية وفي مركزها داخل نطاق الأسرة، وخارج النطاق على حد سواء (2).

ومن هذا المنطلق يشهد القرن الحادي والعشرون رؤية جديدة للتنمية الصحية في الدول يشارك فيها الاتصال جنبًا إلى جنب مع المسئولين والقائمين على الخدمات الصحية يكون محصلة حوار عميق، يستهدف تقديم خدمات صحية عالية المستوى نتاج لكل الأفراد في المجتمع ويستهدف بناء قدرات الأفراد على الإنتاج السليم، إيمانًا بأن التنمية الصحية هي أساس التنمية الشاملة (3) ويعد مجال الثقافة الصحية من المجالات الهامة في إطار النشأة من ناحية وفي إطار التنمية البشرية من ناحية أخرى. وقد تزايد الاهتمام بهذا المجال منذ أواخر السبعينات من القرن الماضي وانتشار

أمراض جديدة لم يكن يعرفها المجتمع الدولي من قبل [4] وقد واكب هذا الاهتمام توجه جيد للإعلام الصحي حيث أصبح يركز على الجانب الوقائي بهدف الارتقاء بخصائص السكان كأحد أساليب التنمية البشرية وللحد من المشكلات الصحية ومنع حدوثها بدلاً من التركيز على الجانب العلاجي وتقديم حلول لمشكلات صحية ناتجة عن انتشار الأمراض المختلفة [5].

كما أن مشاكل الصحة والمرض هي مشاكل المجتمع بجميع أفراده، وإذا كان توفير الخدمات الوقائية والعلاجية ذاتها هو من مسئولية الأجهزة المعنية بالصحة فإن توعية الأفراد بما يؤدي إلى حسن استفادتها من هذه الخدمات إنما هي مسئولية وسائل الاتصال وما صاحبها من تطورات كبيرة في مختلف المجالات ولمالها من قدرة على التأثير لتقبل السلوك الصحي السليم [6] ويعتبر نشر المعلومات أحد المهام التي تقوم بها رسائل الاتصال للتأثير على المعرفة والفهم لدى الجمهور المتلقي وكذلك تستطيع وسائل الاتصال أن تقدم كثيرًا من الموضوعات والقضايا المختلفة التي تهم المجتمع [7] هذا ويعتبر الإعلام الصحي من المجالات البحثية الهامة التي يجب أن يفرد لها اهتمام خاص في المجتمعات النامية وإذا نظرنا للإعلام الصحي كمجال للدراسة نجد إنه حديث نسبيًا ولكن له أهمية خاصة حيث أنه يجمع بين كل من الاتصال الشخصي والجماهيري ولقد نشأ بصفة رسمية في منتصف السبعينات من القرن الماضي عندما تبنى أعضاء مؤسسة إعلامية دولية كلمة أو عبارة الإعلام الصحي Health Communication [8] إن من أهم وظائف الإعلام الصحي هو إحداث تغيير في مفهوم التثقيف الصحي ليصبح أكثر شمولاً وعمقًا ليواكب الرقي والتقدم الذي اتسم به هذا العصر فأصبح يشمل الإرشادات والتوجيهات التي تلقى من خلال وسائل الإعلام

المقروءة والمسموعة والمرئية والتي يمكن أن تساهم في تعديل السلوك غير صحي إلى سلوك صحي ودورة في تحدي المعتقدات والممارسات التي تعوق التنمية الصحية في المجتمع، بالإضافة إلى دور الإعلام الصحي أيضًا في أحداث وإنتاج برامج للتوعية الصحية والتي تقدم من خلال وسائل الاتصال بجميع أشكالها والتي تكون واعية للتغيير والتجديد وإقناع الأفراد بالاتجاهات الصحية الجديدة(9).

ومن هذا المنطلق يسعى البحث الحالي التعرف على دور وسائل الإعلام في نقل المعلومات والمعارف والقضايا الصحية لدى المرأة المصرية بعد تزايد الاهتمام الرسمي والمجتمعي بقضايا ومشكلات المرأة وإنشاء العديد من الهيئات والجمعيات الرسمية وغير الرسمية التي تهتم بتلك القضايا والكشف عن مدى إسهام وسائل الإعلام الجماهيرية في تثقيف المرأة المصرية ورفع مستوى وعيها الصحي بالمعلومات عن القضايا والمشكلات الصحية وكذلك أنواع الأمراض المختلفة في إطار الاعتماد على نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام واختبار فروضها. من حيث دوافع تعرض المرأة المصرية لوسائل الإعلام وأسباب التعرض والآثار المعرفية والوجدانية والسلوكية المترتبة عن هذا التعرض.

مشكلة البحث :

اعتمد التحديد المنهجي لمشكلة البحث في ضوء تعدد وسائل الإعلام سواء كانت مقروءة أو مسموعة أو مرئية، وهو ما يؤدي إلى تعدد نوعيات المضامين وأساليب المعالجات للإحداث والقضايا والشئون الجارية. كما ساهمت نتائج الدراسات السابقة والتي أفادت بزيادة التعرض والمتابعة لوسائل الإعلام بدافع الحصول على

المعلومات ومراقبة البيئة إلى ضرورة البحث في اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية من خلال التعرف على المتغيرات التي تتحكم في التعرض لتلك الوسائل كمتغيرات مستقلة.

وربطها بالعديد من المتغيرات التابعة والتي تشمل نوعية وسائل الإعلام المفضلة أو نوعية المعلومات والقضايا الصحية التي يتم متابعتها، ومستوى ودرجة المعرفة بها وإدراكها والآثار المترتبة عليها كمتغيرات وسيطة بهدف الكشف في النهاية عن مدى نجاح وسائل الإعلام في بناء الثقافة الصحية للمرأة المصرية من عدمه.

وفي ضوء ذلك تحددت مشكلة البحث في إلى أي مدى تعتمد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية. وعلاقة هذا الاعتماد بالدوافع والآثار المعرفية والوجدانية والسلوكية المترتبة عن هذا الاعتماد على وسائل الإعلام.

أهمية الدراسة :

تمكن أهمية الدراسة من خلال ما يلي :

- تعود أهمية الدراسة لكونها تهتم بقياس مستوى المعرفة الصحية ودرجة إدراكها لدى المرأة المصرية من خلال اختبار فرضيات نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام.
- أهمية المرأة المصرية في المجتمع وضرورة الاهتمام بها صحيًا، حيث يعد الاهتمام بصحة المرأة اهتمامًا بصحة الأسرة من ناحية واهتمامًا بصحة المجتمع من ناحية أخرى.
- الوقوف على القضايا والمشكلات الصحية المهمة في حياة المرأة

والتي تتعرض لها من خلال وسائل الإعلام وطـرق وأسـاليب معالجة هذه الوسائل لهذه القضايا الصحية.

- تتضح أهمية الدراسة في قياسها للآثـار المعرفيـة والوجدانيـة والسلوكية المترتبة بمدى نجاح الاعتماد على وسائل الإعلام في تشكيل المعارف والمعلومات الصحية لدى المرأة المصرية

أهداف الدراسة :

1. التعرف على درجة تعرض المرأة المصرية لوسـائل الإعـلام وموقع كل وسيلة من وسائل الإعلام الأخرى في تشكيل معارفها بالمعلومات الصحية.
2. معرفة المعلومات الصحية التي تكتسبها المرأة المصـرية مـن خلال تعرضها لوسائل الإعلام.
3. معرفة القضايا والمشكلات الصحية التي تتعـرض لهـا المـرأة المصرية عبر وسائل الإعلام.
4. التعرف على درجة إدراك المرأة المصرية للمعلومات الصـحية وانعكاسها على مستوى ثقافتها ووعيها الصحي.
5. الكشف عن مدى إسهام وسائل الإعلام الجماهيرية فـي تثقيـف المرأة المصرية ورفـع مسـتوى وعيهـا الصـحي بالقضـايا والمشكلات الصحية.
6. رصد وتحليل التأثيرات المختلفة والمترتبة الناتجة عـن دوافـع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومـات والقضايا الصحية.
7. اختبار علاقة المتغيرات الديموجرافية للمرأة المصـرية بمـدى

الاعتماد والاستفادة من وسائل الإعلام فيما يتعلق بالمعلومات والقضايا الصحية.

الدراسات السابقة :

حظيت طبيعة تأثيرات وسائل الاتصال ودورها في التنمية الصحية باهتمام الباحثين فاهتم البعض بفهم العلاقة بين خصائص الوسيلة الاتصالية وخصائص الأفراد التي يستخدمونها، في حين اهتم باحثون آخرون بدراسة الآثار المعرفية لعمليات الاتصال وأهتم عدد أخر بدراسة دور وسائل الاتصال كمصدر رئيسي للمعلومات الصحية ومدى تأثير هذه الوسائل في اكتساب الأفراد أنماط معينه هذا ويتناول الباحث عرض الدراسات السابقة وذلك على النحو التالي :

1. دراسة صابر سليمان عسران (1995)[10] دور التليفزيون المصري في تنمية الوعي الصحي للمرأة الريفية واستهدفت الدراسة التعرف على دور التليفزيون المصري في تنمية الوعي الصحي لدى المرأة من خلال معرفة المعلومات التي تكتسبها من التليفزيون في اكتساب سلوكيات صحية جديدة. وطبقت على عينه قوامها (400) مفرده وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطه بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية ومعدل التعرض للبرامج الصحية كما توصلت الدراسة أيضًا إلى قدرة التليفزيون في ترتيب أجندة اهتمامات المرأة الريفية نحو قضاياها الصحية.
2. دراسة كارول بينلوب Carol Penelope 1996 [11] استهدفت الدراسة التعرف على مدى استخدام وسائل الإعلام في زيادة المعلومات الصحية للجمهور وطبقت على عينة قوامها 285 مفردة

من ولاية كاروليتا بالولايات المتحدة الأمريكية، وتم جمع البيانات من خلال الاستقصاء التليفوني وأظهرت النتائج وجود علاقة بين زيادة المعلومات الصحية والتعرض لوسائل الإعلام وكان الراديو والمجلات من أكثر الوسائل الإعلامية تأثيرًا في توجيه المبحوثين في إتباع نظام غذائي معين، والصحف والتليفزيون في ممارسة بعض التمرينات الرياضية، والراديو للاهتمام بالصحة في المستقبل في حين جاءت المجلات كمصدر للمعلومات عن الشيخوخة.

3. دراسة حسن إبراهيم مكي (1997) [12] استهدفت الدراسة التعرف على وسائل الاتصال الجماهيري الكويتى في التوعية الصحية وذلك من خلال نشرها للمعلومات الصحية وذلك من خلال دراسة ميدانية طبقت على عينة عشوائية قوامها (100) مفردة من البالغين مقسمة بالتساوي بين محافظات الكويت الخمس بواقع 20 مفردة لكل محافظة وأظهرت النتائج عن مدى التباين الواضح بين وسائل الاتصال الجماهيري من حيث دورها في نشر المعلومات الصحية. وجاءت الصحف في المرتبة الأولى كمصدر للمعلومات الصحية بنسبة 41% والتليفزيون بنسبة 18% والراديو بنسبة 12% كما توصلت النتائج إلى عدم وجود قرون دالة إحصائية بين الخصائص الديموجرافية للمبحوثين والتعرض لوسائل الاتصال الجماهيري في التوعية الصحية.

4. دراسة أرجليو ريكادور Arguello Ricardo 1988 [13] استهدفت الدراسة التعرف على دور الدراما الإذاعية في معرفة واتجاهات الريفيين بالمعلومات الصحية والكشف عن العلاقة بين تكرار

التعرض للدراما الإذاعية والتي تعزز الممارسات الصحية الايجابية من خلال دراسة تحليلية للمسلسلات المذاعة من خلال محطة الراديو المحلية وتضمنت رسائل تعليمية صحية تعزز عشر ممارسات صحية رئيسية بشكل أسبوعي بالإضافة إلى دراسة تجريبية على عينه من المستمعين في مقاطعة يير بيوي في باراجواى لقياس مدى تأثير الإعمال الدرامية بالراديو قبل وبعد الاستماع في إكسابهم لبعض المعلومات الصحية وأظهرت النتائج أن الراديو أداة فعالة للوصول إلى الجمهور الريفي المستهدف كما أن له تأثير بالغ الأهمية في موقف الجمهور تجاه الممارسات الصحية ونقل المعلومات الأساسية عن الصحة والتغذية.

5. دراسة هاني جعفر (1998) [14] استهدفت الدراسة قياس مدى أمكانية توظيف التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأطفال من خلال دراسة تجريبية على عينة قوامها 240 مفردة من طلاب المدارس تتراوح أعمارهم مابين 9–12 سنة وكشفت النتائج أن التليفزيون له دور فعال في إكساب الطفل للمعلومات الصحية بالإضافة إلى تفوق التليفزيون على المطبوعات والصحف والمجلات كوسيلة للمعلومات الصحية. كما وجدت علاقة ارتباطية بين اكتساب المعلومات الصحية والنوع وجاءت لصالح الإناث.

6. دراسة عزة الكحكي (1998) [15] سعت الدراسة إلى التعرف على الآثار المعرفية للحملات الإعلانية الصحية للتلفزيون على الجمهور المصري ومدى تفاوت الأثر المعرفي ودرجة اكتساب المعلومات بين قطاعات الجمهور المتفاوتة في المستوى الاجتماعي

والاقتصادي ومستوى التعليم، ومدى نجاح الحملات الإعلانية الصحية في تكوين اتجاهات الجمهور، وطبقت الدراسة على عينة قوامها 400 مفردة من البالغين التي تزيد أعمارهم عن 15 سنة بمحافظة الدقهلية. وتوصلت النتائج إلى ارتفاع نسبة مشاهدة إعلانات التوعية الصحية بالتليفزيون وبلغت 72.5% كما استفادت نسبة 91.5% من إعلانات التوعية الصحية بالتليفزيون.

7. دراسة سوزان القليني (1999) [16] استهدفت الدراسة الكشف عن انعكاسات تعرض الطفل للتلفزيون على ثقافته الصحية ودورة في إمداد أطفال الحضر والريف بالمعلومات الصحية، والتعرف على اختلاف النسق الاجتماعي الاقتصادي لأطفال الحضر والريف وانعكاسه على ما يكتبونه من معلومات صحية من التليفزيون، طبقت الدراسة على عينة عشوائية قوامها 150مفردة من الأطفال في المرحلة العمرية (15-18) سنة موزعين بالتساوي بين محافظات المنيا والدقهلية والقاهرة وتوصلت إلى ارتفاع نسبة المعرفة العامة الصحية لدى أطفال الحضر عن أطفال الريف، وتصدر التليفزيون جميع مصادر المعلومات الصحية الأخرى، كما أظهرت النتائج عن تفوق الاتصال الشخصي ممثلا في الأسرة كمصدر للمعلومات الصحية، كما تبين وجود علاقة ارتباطيه بين المستوى الاجتماعي والاقتصادي للمبحوثين ومستويات المعرفة.

8. دراسة دوجلاس جاردن Douglas Jardin(2000) [17] اهتمت الدراسة بالتعرف على دور المجلات المتخصصة في زيادة الوعي الصحي للمرأة من خلال دراسة تحليلية لأربع مجلات شهرية

أمريكية متخصصة للمرأة. لكل من الموضوعات الصحية والإعلانات المتعلقة بالصحة والأعمدة والمقالات الأسبوعية وأظهرت النتائج زيادة محتوى المعلومات الصحية المنشورة بالمجلات الأربعة، كما ساهمت المجلات بتغطية 196 مشكلة صحية كما أشارت النتائج أيضًا أن من أهم الموضوعات التي تضمنتها المجلات والموجودة وبنسبة 80% هي أهمية الفحص الدوري للمرأة, وسرعة مراجعة الطبيب عند ظهور أي مشكلة صحية.

9. دراسة سلوى محمد إمام (2000) [18] اهتمت الدراسة بالتعرف على أهم الملامح الرئيسية للإعلام الصحي في مصر من وجهة نظر الأطباء وأساتذة الإعلام من خلال دراسة ميدانية طبقت على عينة عشوائية قوامها 150 مفردة واستهدفت التوصل إلى طرح أجندة للموضوعات الصحية التي يجب الاهتمام بها، وكشفت النتائج عن أن الاهتمام بالتوعية بالأمراض المنتشرة والمتوطنة وطرق الوقاية منها في مقدمة موضوعات الإعلام الصحي بنسبة 79.3% ثم التلوث البيئي وأثاره الصحية بنسبة 57.3% صحة الأم 33.3% والتغذية 30.3% تقويم العادات الصحية الخاطئة 13.2%.

10. دراسة سوهواكون Sue Hwakon (2001) [19] سعت هذه الدراسة للكشف عن دور بعض وسائل الإعلام في تغيير السلوكيات الصحية للفتيات والتعرف على أكثر هذه الوسائل استخدامًا واهتمامًا بالقضايا والموضوعات الصحية ودور كل من التليفزيون والصحف

والمجلات ومواقع الانترنت في التأثير في هذه المرحلة العمرية، والتوازن بين هذه الوسائل في عرض القضايا الصحية وطبقت هذه الدراسة على عينة عشوائية من الفتيات قوامها (195) مفردة من خلال دراسة ميدانية وأظهرت النتائج وجود علاقة بين مدى الاستفادة والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة, كما أظهرت نتائج الدراسة زيادة الوعي الصحي لديهم.

11. دراسة مها الطرابيش (2001) [20] استهدفت الدراسة التعرف على قياس انعكاسات التعرض للصحف الالكترونية والورقية على الثقافة الصحية للشباب من خلال التعرف على مصادر الحصول على المعلومات الصحية. وكذلك التعرف على نوعية القضايا الصحية التي يدركها الشباب الجامعي من خلال دراسة تجريبية وطبقت على عينة قوامها (60) مفردة مقسمة على ثلاث مجموعات، وأظهرت النتائج ازدياد اعتماد الشباب على مصادر الاتصال الشخصي في الحصول على المعلومات الصحية. وتمثلت هذه المصادر في الأطباء والصيادلة بنسبة 14.7% ثم الانترنت بنسبة 11.4% ثم الصحف الورقية 10.6% وأخيرًا التليفزيون بنسبة 9.3% كمصدر للمعلومات الصحية لدى الشباب.

12. دراسة علاء عبد المجيد الشامي (2001) [21] استهدفت الدراسة التعرف على ماهية مصادر ودور كل من الاتصال المباشر والإذاعة والتليفزيون في نشر المعلومات الصحية وذلك من خلال دراسة ميدانية على عينة عشوائية طبقية قوامها (400) مفردة من الشباب المصري بمحافظة دمياط وأشارت النتائج إلى ارتفاع

مستوى المعلومات الصحية لدى الشباب الذي يعتمد على الاتصال الشخصي وجاء ذلك في الترتيب الأول بنسبة (48.5%) تلاها التليفزيون بنسبة 33.5% ثم الصحف والمجلات بنسبة 15% ثم الراديو في الترتيب الأخير بنسبة 3% كما أكدت النتائج أيضًا ارتفاع مستوى المعلومات الصحية لدى الشباب في الحضر مقارنة بذويهم في الريف.

13. دراسة أحمد ريان باريان (2004) [22] سعت الدراسة للتعرف على دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض وذلك من خلال دراسة ميدانية على عينة قوامها (450) مفردة من النساء السعوديات. وأشارت النتائج إلى إن جاءت المجلات الطبية في المرتبة الأولى من حيث مصادر التثقيف الصحي للمرأة السعودية بنسبة 76.8% ثم التليفزيون بنسبة 60.8% والصحافة بنسبة 44% والإذاعة بنسبة 40.5% وأخيرًا الانترنت بنسبة 22.3% كما توصلت الدراسة أيضًا إلى أن جاءت الأخبار الصحية في مقدمة مواد التثقيف الصحي من بين المواد الإعلامية الأخرى بنسبة 40.9%.

14. دراسة ديبورا Deborah (2004) [23] استهدفت الدراسة التعرف على دور الراديو كوسيلة اتصال جماهيري في التوعية الصحية وأثر البرامج الصحية على سلوك الأفراد والتعرف على كيفية الاستفادة من هذه البرامج في المجتمع، من خلال دراسة تحليلية للبرامج الصحية المذاعة عبر الراديو, وكشفت نتائج الدراسة أن الراديو من أهم وسائل الاتصال الجماهيرية وفي بعض الأحيان

يكون الراديو الوسيلة التي يمكن الاعتماد عليها فقط في إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية الأمر الذي يؤكد على إلقاء الضوء لأهمية الاهتمام بتطوير البرامج الصحية الإذاعية المقدمة عبر الراديو.

15. دراسة وجدي حلمي عبد الظاهر (2005) [24] سعت هذه الدراسة للتعرف على مدى اعتماد أفراد الجمهور المصري على قناة نفرتيتي لصحة الأسرة لاستقاء المعلومات الصحية عن الموضوعات والقضايا الصحية المختلفة كما هدفت الدراسة إلى تقييم أداء دور الإعلام الصحي المتخصص في مصر متمثلاً في قناة نفرتيتي لصحة الأسرة وقيامها بالتوعية الصحية. وطبقت الدراسة على عينة قوامها 400 مفردة من سكان محافظة القاهرة واعتمد الباحث على نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين سن المبحوثين ومدى اعتمادهم على مصادر استقاء المعلومات الصحية: الانترنت والبرامج الصحية بالفضائيات المختلفة في حين كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود علاقة ارتباطيه بين السن والمصادر التالية: الصحف والمجلات الطبية والندوات الطبية، البرامج الصحية بالتليفزيون المصري.

16. دراسة وسام محمد أحمد (2006) [25] استهدفت الدراسة رصد واقع حملات التوعية الصحية المقدمة بالراديو والتليفزيون والمعنية بالتثقيف الصحي للمرأة المصرية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. وذلك من خلال دراسة تحليلية وميدانية. وشملت عينة

الدراسة التحليلية 14 حملة توعوية صحية. وطبقت الدراسة الميدانية على عينة عشوائية قوامها 400 مفردة وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم إنتاج حملات توعية صحية بالراديو وذلك عكس التليفزيون الذي أنتج له تسع حملات بنسبة 64.3% من إجمالي الحملات موضع الدراسة. كما أشارت النتائج أيضًا إلى أن اكتساب سلوكيات صحية جديدة جاءت في مقدمة الأهداف التي سعت إليها الحملات وذلك بنسبة 92.9% بالإضافة إلى ارتفاع نسبة مشاهدة المبحوثات لإعلانات النوعية الصحية بنسبة 87.5%.

17. دراسة شيرين صلاح كمال (2007) [26] سعت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى قيام قناة حورس الطبية الفضائية بتحقيق رسالتها التعليمية والتدريبية في الحقل الطبي من الأطباء في مختلف التخصصات ودراسة جمهور الأطباء للتعرف على أهم مقترحاتهم تجاه ما يقدم من برامج طبية متخصصة. وطبقت الدراسة على عينة قوامها 250 من جمهور الأطباء. وأشارت النتائج إلى أكثر البرامج الطبية مشاهدة لدى جمهور الأطباء هو برنامج عمليات جراحية وأن أكثر القضايا الصحية التي تركز عليها البرامج هي القضايا الخاصة بالمرأة. وأشارت النتائج أيضًا إلى أن أهم المشكلات التي تواجه الوضع الصحي في مصر هي قلة الوعي الصحي وقلة عدد المستشفيات والأجهزة الطبية.

18. دراسة مهيتاب ماهر الرافعي (2008) [27] سعت هذه الدراسة إلى كشف وتحليل اتجاهات الصحف المصرية إزاء معالجة القضايا الصحية في مصر والتعرف على فنون التحرير الصحفي

المستخدمة بالإضافة إلى معرفة أراء عينة المبحوثين من القراء والأطباء نحو القضايا الصحية بالصحف المصرية. وطبقت على عينة قوامها 300 مفردة من الأطباء والقراء. وتوصلت الدراسة إلى أن جاء الخبر الصحفي في مقدمة القوالب التحريرية المستخدمة في عرض ومعالجة القضايا بصحف الدراسة وجاء التحقيق الصحفى في الترتيب الثامن ثم المقال الصحفي. كما توصلت الدراسة إلى أن موضوع أنفلونزا الطيور جاء في مقدمة الموضوعات الصحية ثم فيروس C ثم أساليب التوعية الصحية للمواطنين.

19. دراسة هالة سمير محمود (2010) [28] استهدفت الدراسة التعرف دور وسائل الاتصال في إكساب الجمهور بالمعرفة الصحية نحو قضيتين صحيتين هما التبرع بالدم، وأنفلونزا الطيور وطبقت الدراسة الميدانية على عينة قوامها 400 مفردة من سن 18 سنة فما فوق بمحافظتي الجيزة والمنوفية. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية بين تعرض الفرد للرسائل الصحية حول موضوعات الدراسة وبين اكتساب المعرفة الصحية. كما احتل التليفزيون الترتيب الأول بنسبة 49.5% من مصادر الحصول على المعلومات ثم الصحف 16.2% ثم الإذاعة 12% الانترنت 8.5% الطبيب 5.3%.

20. دراسة سمر عز الدين جلال (2011) [29] استهدفت الدراسة رصد وتحليل المعايير الأخلاقية والمهنية التي تحكم قواعد النشر المتعلقة بالشئون الصحية والطبية في الصحف المصرية القومية والخاصة

واعتمدت الدراسة على الأسلوب المقارن في مقارنة نتائج الدراسة التحليلية واعتمدت أيضًا على منهج المسح الإعلامي وأسلوب العينة العشوائية المنتظمة. وتوصلت الدراسة إلى أن كل من أخيار اليوم, والأهرام الطبي يميلوا إلى الدعاية والاهتمام بالأطباء والمراكز الطبية التابعة لديهم ممن تمت استضافتهم بالصحف. كما توصلت الدراسة أن معظم القائمين بالاتصال في الصحافة الطبية يتفقون على أهمية وضرورة مراعاة أخلاقيات المهنة وأنهم يضعون ذلك في اعتبارهم عند ممارستهم لمهنتهم كما لوحظ اتفاقهم أيضًا فيما يتعلق بتصورهم لمفهوم الصحافة الطبية ووظائفها.

التعليق على الدراسات السابقة.

لوحظ من خلال العرض السابق للدراسات السابقة أن هناك العديد من أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية، كما أن هناك العديد من أوجه الاستفادة وذلك من خلال استعراض ما يلي :

- اتفقت نتائج الدراسات السابقة على فاعلية الدور الذي يمكن أن تؤديه كل من وسائل الإعلام الجماهيري ومصادر الاتصال الشخصي في مجال التوعية الصحية من خلال عرض الموضوعات والقضايا الصحية للجماهير في حين عكست أيضًا نتائج هذه الدراسات فيما بينها قدرًا من الاختلاف حول ترتيب هذه المصادر والوسائل الإعلامية وفقًا لاعتماد الجمهور عليها في استقاء ومعرفة المعلومات والقضايا الصحية.
- تتفق الدراسة الحالية مع دراسة كل من علاء عبد المجيد (2001)، أحمد ريان باريان (2004)، سوهوا كون Sue Hwakan (2001)، ديبور Deborh (2004) وجدي حلمي عبد الظاهر (2005)، وسام

محمد أحمد (2006)، هاله سمير محمود (2010) من حيث التعـرف على دور وسائل الإعلام في إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية في حين اختلفت مع معظم الدراسات السابقة المشار إليها حيث إنها لم تختبر فرضيات نموذج الاعتماد على وسائل الإعلام للمرأة المصرية نحو قضاياها الصحية.

- بالرغم من أوجه التشابه والاختلاف التي تم عرضها إلا أن الدراسة الحالية استفادت من مجموع الدراسات السابقة في الجوانب المنهجية من حيث تحديد مشكلة الدراسة، صياغة فروضها واختبار المنهج والأدوات. إلا أنها تختلف عن مجموع الدراسات السابقة في أنها تحاول التعرف على أبعاد علاقات اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية الخاصة بها.

الإطار المعرفي للدراسة :

يعد نموذج الاعتماد على وسائل الإعلام مدخلاً مناسبًا لهذه الدراسة، حيث تقوم فكرة هذا النموذج على اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام للحصول على المعلومات لإشباع احتياجاتهم وتحقيق رغباتهم وأهدافهم ومصالحهم المختلفة [30] كما يعتمد النموذج على وجود علاقة تفاعلية بين وسائل الإعلام والجمهور والنظم المختلفة في المجتمع [31] تكمن في أن استخدام الجمهور لوسائل الإعلام لا يتم بمعزل عن تأثيرات النظام الاجتماعي الذي يعيش بداخله الجمهور ووسائل الإعلام والطريقة التي يستخدم بها الجمهور وسائل الإعلام ويتفاعل معها، تتأثر بما يتعلمه من المجتمع، ويشمل ما يتعلمه من وسائل الإعلام، بالإضافة إلى أن الجمهور يتأثر بما سيحدث في اللحظة التي يتعامل فيها مع وسائل الإعلام [32].

ويقوم مدخل اعتماد الأفراد على وسـائل الإعـلام علـى دعـامتين رئيستين.

الأولى : أن هناك أهدافًا للأفراد يبغون تحقيقها من خلال المعلومـات التي توفرها المصادر المختلفة سواء كانت هـذه الأهـداف شخصية أم اجتماعية.

الثانية : اعتبار نظام وسائل الإعلام نظام معلومات يتحكم في مصادر تحقيق الأهداف الخاصة بالأفراد، وتتمثل هذه المصادر فـي مراحل استيقاء المعلومات ونشـرها [33] وتـتحكم وسـائل الإعلام في ثلاثة أنواع من مصادر المعلومات وهي : جمع المعلومات التي تحتاج إلى معرفتها، وتنسيق المعلومات لكي تخرج بالصورة المناسبة، ونشر المعلومات أو القدرة علـى توزيعها إلى جمهور غير محدد [34].

ويرجع أسباب اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام في حـاجتهم إلـى الحصول على المعلومات وفهم ما يدور في البيئة المحيطة بهم مما يؤدي إلى خلق حاجة من التوجيه لديهم في كيفية التعامل مـع المواقـق الطارئـة [35] ويهدف مدخل الاعتماد على وسائل الإعلام إلى الكشف عن الأسـباب التـي تجعل وسائل الإعلام أحيانًا قوية ومباشرة وفي أحيان أخـرى تكـون لهـا تأثيرات غير مباشرة وضعيفة إلى حد ما [36].

ويفترض نموذج الاعتماد على أن الجمهور يعتمد على وسـائل الإعـلام لتحقيق الأهداف التالية [37].

1. الفهم : ويقصد به فهم الجمهور للذات والقيم والمعايير الاجتماعيـة، التي تساعده على توسيع خبراته عن العالم الخارجي أو البيئة المحليـة

وتفسيرها وسبل التفاعل معها.

2. التوجيه : ويشمل التوجيه السلوكي والتفاعلي في إطار قيم وأخلاقيات المجتمع عن كيفية التعامل مع المواقف الجديدة والصعبة.
3. التسلية : ويعني حاجة الجمهور إلى الترفيه والراحة والتسلية والاسترخاء منفردًا أو مع الآخرين.

ويعتمد نموذج الاعتماد على وسائل الإعلام على عدة افتراضات من أهمها:

- وجود علاقة اعتماد متبادلة بين الجمهور ووسائل الإعلام والمجتمع. هذه العلاقة تحدد مباشرة كثيرًا من التأثيرات التي تحدثها وسائل الإعلام في المجتمع.
- تقل درجة الاعتماد على وسائل الإعلام في حالة وجود قنوات بديلة للحصول على المعلومات، وتزداد درجة اعتماد الجمهور على النظام الإعلامي في حالة قلة القنوات الإعلامية الأخرى.
- اختلاف الجمهور في الأهداف والمصالح والحاجات الفردية يؤدي إلى اختلاف درجة اعتمادهم على وسائل الإعلام.
- يزيد اعتماد الجمهور على معلومات من وسائل الإعلام في المجتمعات التي تتطور فيها أنظمة وسائل الإعلام، وكلما زاد مستوى الصراع الاجتماعي والتغيير.

هذا وقد حدد كل من "ديفلير وروكيتش" De Flure Rockeach مجموعة من الآثار المترتبة على اعتماد الجمهور على وسائل الإعلام تصنف في ثلاث فئات [39] وهي :

أولاً : الآثار المعرفية Cognitive effects. ويقصد بها التغييرات في المعارف والمعلومات لدى الجمهور. وتتمثل

في عدة مجالات أهمها :

- إزالة الغموض أو إيجاده : وهو مشكلة ناتجة إما من نقص المعلومات أو جود معلومات متقاربة أو متناقضة لدى أفراد المجتمع لفهم معنى الحدث.
- تشكيل الاتجاهات : ويتحقق ذلك عندما يعتمد الجمهور على وسائل الإعلام في تكوين اتجاهات حول الأحداث والأزمات والتغيرات الاجتماعية المثارة في المجتمع.
- ترتيب الأولويات : ويتحقق ذلك عندما يعتمد الجمهور على وسائل الإعلام في معرفة ما يدور حولهم من أحداث وأزمات وكوارث تركز عليها تلك الوسائل أكثر من غيرها
- توسيع نظام المعتقدات : حيث تقوم وسائل الإعلام بالمساهمة في توسيع المعتقدات التي يدركها الجمهور من الأماكن والأشخاص وأشياء متنوعة.
- التأثير في القيم : ويتحقق ذلك عندما تقوم وسائل الإعلام بدورها في تعزيز القيم التي يشترك فيها أفراد المجتمع ويرغبون في الحفاظ عليها.

ثانيًا : الآثار الوجدانية Affective effects.

ويقصد بها الجوانب المتعلقة بالعاطفة والأخلاق والمشاعر والأحاسيس وتتمثل في الجوانب التالية : الفطور العاطفي، الخوف والقلق والذعر والتوجس، والدعم المعنوي والاغتراب.

ثالثًا : التأثيرات السلوكية Behavioral Effects وتعنى الآثار السلوكية في نمط السلوك المعتاد للجمهور نتيجة لاعتمادهم على وسائل الإعلام ومن أهم هذه الآثار.

- التنشيط : ويقصد به قيام أفراد من الجمهور بسلوك ما نتيجة تعرضهم بكثافة لمضامين وسائل الإعلام.
- الخمول : ويقصد به المساهمة في عزوف أفراد من الجمهور عن القيام بدورهم في المجتمع نتيجة تعرضهم لمضامين إعلامية مبالغ فيها أو غير كافية تدفع الفرد إلى عدم المشاركة نتيجة الملل [40]. وقد طور " ديفلير وروكيتش" مدخل اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام في الخطوات التالية[41].
- أن الجمهور النشط الذي يستخدم وسائل الإعلام، سيقوم بالتعرض إلى مضمون الوسائل من خلال توقع مسبق بأنه سوف يساعدهم في تحقيق أهداف الفهم أو التوجيه أو التسلية.
- كلما زادت قوة الاعتماد زادت الاستثارة المعرفية العاطفية وبالتالي تزداد المشاركة وتتمثل هذه الاستثارة في جذب الانتباه إلى المحتوى، ويختلف قوة الاعتماد على الوسائل وفقًا لاختلاف الأهداف والمستويات الاجتماعية وتوقعات الأفراد.
- كلما زادت درجة المشاركة النشطة، زادت احتمالات حدوث التأثيرات المعرفية أو العاطفية أو السلوكية نتيجة

الاعتماد على وسائل الإعلام في الحصول على المعلومات

- ومن مما سبق يمكن القول بأن وسائل الإعلام تمتلك إمكانات ضخمه يمكن توظيفها في مجال تنمية الوعي الصحي لدى المرأة مع الوضع في الاعتبار تعرض المرأة لوسائل الإعلام للحصول على المعلومات وفهم ما يدور في البيئة المحلية المحيطة بها كما أنها في حاجة إلى توجيهها إلى كيفية التعامل مع المواقف والمشكلات الصحية التي تواجهها. حيث أن وضع المرأة في أي مجتمع يمثل أحد المعايير الأساسية لقياس مدى تقدمه.
- وإذا كانت وسائل الإعلام تهدف إلى الإسهام في تقدم المجتمع وتطويره. وذلك من خلال مشاركة المرأة وتفعيل دورها من خلال تحويلها من أداة في المجتمع إلى عنصر محرك لإنتاجها وثقافتها وسياساتها ومجتمعها، لأن تنمية المجتمع والتغلب على قضاياه ومشاكله لن يتم إلا بمشاركة المرأة ويأتي ذلك أيضًا من خلال الاعتماد على وسائل الإعلام وتأثيرها على تحديد اتجاهات المجتمع وأهدافه وغرس القيم والأخلاق والتغلب على قضاياه ومشكلاته.

فروض الدراسة :

الفرض الأول : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين الاعتماد على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة.

الفرض الثاني : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين الاعتماد

على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات وبين القضايا والمشكلات الصحية.

الفرض الثالث : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين وسائل الإعلام ودرجة ثقة المرأة المصرية فيها كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات الصحية.

الفرض الرابع : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين وسائل الإعلام بشأن أسباب تفضيل المرأة المصرية لها كمصدر للمعلومات الصحية.

الفرض الخامس : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين دوافع التعرض لوسائل الإعلام (الفهم- التوجيه- التسلية) واعتماد المرأة عليها كمصدر للمعلومات والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة.

الفرض السادس : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا وسائل الإعلام بشأن أسباب قصور وسائل الإعلام واعتماد المرأة عليها كمصدر للمعلومات الصحية.

الفرض السابع : توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والتأثيرات المعرفية والوجدانية والسلوكية المترتبة عن هذا الاعتماد.

تساؤلات الدراسة: تسعى هذه الدراسة للإجابة عن التساؤلات التالية:

1. ما مدى تعرض المرأة المصرية لوسائل الإعلام ؟

2. ما درجة كثافة تعرض المرأة المصرية لوسائل الإعلام ؟
3. ما مدى اهتمام وسائل الإعلام بتنمية الوعي بالمعلومات الصحية لدى المرأة ؟
4. ما الموضوعات الصحية التي تم عرضها من خلال وسائل الإعلام من وجهة نظر عينه الدراسة؟
5. ما نوعية الأمراض التي تناولتها وسائل الإعلام من وجهة نظر المبحوثات عينة الدراسة؟
6. ما القضايا والمشكلات الصحية التي تناولتها وسائل الإعلام من وجهة نظر عينة لدراسة؟
7. ما درجة ثقة المرأة المصرية في وسائل الإعلام في تناولها للمعلومات والقضايا الصحية؟
8. ما أسباب تفضيل المرأة المصرية لو سائل الإعلام في التعرف على الموضوعات والقضايا الصحية ؟
9. ما دوافع اعتماد المرأة المصرية لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية ؟
10. ما أسباب قصور وسائل الإعلام في تناولها للمعلومات والقضايا الصحية من وجهة نظر المبحوثات عينة الدراسة ؟
11. ما التأثيرات المختلفة المترتبة والناتجة عن اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية.

نوع الدراسة:

تعد الدراسة من الدراسات والبحوث الكمية والوصـفية والتـي تهـتم

بالتحليل الإحصائي من خلال التحليل الكمي والكيفي مما يساعد على استخلاص البيانات والأرقام التي تساعد على أمكانية التعميم والاستدلال وصياغة النتائج واختبار العلاقات الخاصة بالظاهرة الاتصالية [42].

منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة بشكل رئيسي على منهج المسح بالعينة من سيدات محافظة الشرقية بإتباع أسلوب المسح التحليلي لجمع البيانات عن الظاهرة موضوع الدراسة وجمع كافة المعلومات عنها والتعرف على العلاقة بين متغيراتها [43] وتحديد أبعادها وقياس شدة درجة الارتباطات بين متغيرات البحث ومن ثم معرفة تأثيرها الايجابي والسلبي على الظاهرة موضوع البحث[44].

أسلوب جميع البيانات:

تم تصميم استمارة استبيان بأسلوب المقابلة المباشرة المقننة تضمنت متغيرات الدراسة القابلة للقياس من حيث درجة تعرض المرأة لوسائل الإعلام ودوافع وأسباب التعرض ومدى الاعتماد عليها في الحصول على المعلومات والمعارف نحو الموضوعات والقضايا الصحية وكذلك مستوى المعرفة بالقضايا والمشكلات الصحية من خلال التعرض لوسائل الإعلام بالإضافة إلى دراسة المتغيرات الديموجرافية الخاصة بالمرأة المصرية ومدى اعتمادها على وسائل الإعلام. فضلاً عن التعرف على الآثار المعرفية والوجدانية والسلوكية المترتبة عن اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات للقضايا والمشكلات الصحية.

قياس الصدق والثبات:

تم قياس الصدق عن طريق قياس الصدق الظاهري للاستمارة من

حيث قدرتها على الإجابة عن تساؤلات وفروض الدراسة وتم عرضها على عدد من المحكمين المتخصصين في الإعلام ومناهج البحث للحكم على مدى صلاحية الاستمارة ودقتها في قياس متغيرات الدراسة وتم إجراء بعض التعديلات على بيانات وأسئلة الاستمارة في ضوء تعديلات ومقترحات المحكمين.

وللتأكد من ثبات البيانات ثم إتباع أسلوب إعادة الاختبار Test– Retestعلى عينة قوامها 40 مفردة بواقع نسبة 10% من حجم العينة وبلغت قيمة معامل الثبات 0.88 وهي قيمة عالية تدل على ثبات المقياس ودقته للبيانات والمعلومات.

عينة الدراسة:

بلغت عينة الدراسة 400مفردة من حضر وريف محافظة الشرقية واعتمدت الدراسة في سحب العينة على أسلوب العينة العنقودية Cluster Sampling. وتنتمي إلى العينة العشوائية البسيطة والتي تختار على أساس عشوائي بإعطاء جميع مفردات المجتمع الفرصة نفسها المتكافئة للاختبار[45]. إذ يعتمد هذا الأسلوب في سحب العينات على عدة مراحل متتالية من الاختيار العشوائي حتى يتم سحب جميع المفردات في المرحلة النهائية للدراسة[46] ويتميز هذا الأسلوب بدقة إجراءاته المنهجية فضلاً عن أنه يوفر الجهد والوقت ويمثل حلاً علميًا ومنهجيًا في ظل حالات عدم توفر في إطار العينة[47] وتم سحب العينة في الدراسة الحالية وفقًا لمجموعة المراحل التالية، المرحلة الأولى حيث ثم اختيار الأحياء والقرى عشوائيًا من مراكز ومدى محافظة الشرقية, وتم انتقاء الشوارع عشوائيًا في المرحلة الثانية، كما تم اختيار التجمعات السكانية والمنازل عشوائيًا ضمن الأحياء والقرى في

المرحلة الثالثة التي ظهرت في المرحلة السابقة. هذا وقد وقع الاختيار على حي أول بمدينة الزقازيق ليمثل عينة الحضر وقرية الجديدة التابعة لمركز منيا القمح لتمثل عينة الريف. وفي المرحلة الأخيرة تم إجراء المقابلات الميدانية المباشرة في إطار استمارة الاستبيان مع المبحوثات في ضوء المحددات العامة للمتغيرات الديموجرافية للمرأة المصرية وجاء توزيع خصائص عينة الدراسة كما يلي :

جدول (1)

يوضح خصائص عينة الدراسة

الخصائص		ك	%
محلة الإقامة	ريف	208	52
	حضر	192	48
الحالة الاجتماعية	آنسة	132	33
	متزوجة	235	58.75
	أرملة	23	5.75
	مطلقة	10	2.50
السن	من 20 < 30	135	33.75
	من 30 < 40	120	30
	من 40 < 50	100	25
	من 50 سنة فأكثر	45	11.25
المستوى التعليمي	لا يقرأ ولا يكتب	27	6.75
	تعليم متوسط	113	28.25
	تعليم عالي	212	53
	شهادة أعلى من جامعية	48	12

%	ك		الخصائص
45	180	تعمل	الوضع الحالي للعمل
55	220	لا تعمل	
100	400	المجموع	

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- أن عدد أفراد العينة بلغ 400 مفردة موزعين وفقا لمحل الإقامة إلى 52% ريف، 48% حضر، وكذلك وفقا للحالة الاجتماعية إلى آنسة 33%، متزوجة 58.75%، أرملة 5.75%، مطلقة 2.5%.
- كما وزعت عينة الدراسة وفقا للسن من 20 < 30 سنة 33.75، من 30 < من 40سنة 30%، من 40 < 50 سنة 25% ومن 50 سنة فأكثر 11.25%، كما وزعت عينة الدراسة بحسب المستوى التعليمي 6.75 لا تقرأ ولا تكتب، 28.25% تعليم متوسط، 53% حاصلة على شهادة جامعية، 12% حاصلة على شهادة أعلى من الجامعية بينما جاءت نسبة 45% من عينة الدراسة أنها تعمل ولها دخل خاص مقابل 55% ليس لها دخل ولا تعمل.

نتائج الدراسة :

- لما كانت الدراسة الحالية تستهدف محاولة اختبار فرضيات نموذج اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام وبخاصة اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية. فقد تم تطبيق استمارة استبيان

على عينة قوامها 400 مفردة من أنسأت وسـيدات محافظـة الشرقية وتم تجميع البيانـات وتحليلهـا إحصـائيا باسـتخدام البرنامج الإحصائي SPSS وتوصلت الدراسة إلـى النتـائج التالية :

أولا: النتائج العامة للدراسة.

ثانيا: نتائج اختبارات فروض الدراسة.

** **

المعالجة الإحصائية للبيانات.

تم الاعتماد على مجموعة من المعاملات الإحصائية التاليـة بهـدف التحقق من صحة البيانات من خـلال البرنـامج الإحصـائي SPSS وتـم استخدامها على النحو التالي:

- معامل ارتباط
- المتوسطات المرجحة للأوزان
- مقياس اختبار المطابقة ( ) لقياس العلاقة تبين المتغيرات.
- معامل التوافق لقياس شدة العلاقة الارتباطية.
- اختيار T.TEST لاختيار معنوية الفروق بين النسب
- اختيار F-Test لتحليل البيان في اتجاه واحـد Jneway anova لاختيار معنوية الفروق بين المتوسطات.

أولاً: النتائج العامة للدراسة:

2- مدى التعرض لوسائل الإعلام :

جدول (2)

يبين توزيع عينة الدراسة بحسب تعرضها لوسائل الإعلام

التعرض لوسائل الإعلام	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائما	115	28.7	105	26.3	262	65.5	302	75.5	52	13
أحيانا	240	60	235	58.7	130	32.5	94	23.5	83	20.8
لا	45	11.3	60	15	8	2	4	1	165	66.2
الإجمالي	400	100	400	100	400	100	400	100	400	100

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- أن نسبة 28.7% تحرص بصفة منتظمة على قراءة الصحف والمجلات وتقاربت معها نسبة الاستماع إلى الراديو 26.3% وارتفعت نسبة مشاهدة القنوات الفضائية بانتظام حيث بلغت إلى 75.5% مقابل 65.5% لمشاهدة التليفزيون وانخفضت نسبة التصفح عبر الإنترنت إلى 13% وربما يرجع ذلك إلى ارتفاع تكلفة أجهزة الكمبيوتر والاشتراك عبر الإنترنت وعدم مقدرة بعض الأسر على الاشتراك في هذه الخدمة، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة هالة سمير محمود والتي أثبتت نتائجها انخفاض تعرض المبحوثين من عينة الدراسة للإنترنت كوسيلة إعلامية في الحصول على المعلومات والقضايا الصحية وخاصة قضيتي التبرع بالدم وأنفلونزا الطيور [48]. في حين أشارت نسبة 60% بأنها تحرص على قراءة الصحف والمجلات بصفة غير منتظمة أحيانا مقابل 58.7% لسماع الراديو.

3- كثافة التعرض لوسائل الإعلام :

جدول (3)

يبين توزيع عينة الدراسة بحسب كثافة التعرض لوسائل الإعلام

وسائل الإعلام / كثافة التعرض	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من ساعة	95	26.8	71	20.9	17	43.4	32	8.1	16	11.9
من ساعة إلى ساعتين	52	14.6	62	18.2	51	13	76	19.2	21	15.6
من ساعتين إلى ثلاث ساعات	41	11.5	52	15.4	72	18.4	91	15.4	35	25.9
من ثلاث ساعات إلى أربع ساعات	21	5.9	32	9.4	52	13.3	72	18.2	20	14.8
أربع ساعات فأكثر	16	4.6	28	8.2	41	10.5	50	12.6	11	8.1
حسب الظروف	130	36.6	95	27.9	59	15.4	105	26.5	32	23.7
الإجمالي	355	100	340	100	392	100	396	100	135	100

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- ارتفاع نسبة كثافة تعرض عينة الدراسة لوســائل الإعــلام حســب الظروف حيث بلغت لكل من الصحف 36.6%، والراديو 27.9%، القنوات الفضائية 26.5%، الإنترنت 23.7%، التليفزيون 15.4%. في حين أشارت النتائج ارتفاع نسبة التعرض للقنوات الفضائية لأربع ساعات فأكثر 26.5%، وارتفاع نسبة التعــرض للتليفزيــون مــن ساعتين إلى ثلاث ساعات 18.4%، في حين تقاربت نسبة التعرض لكل من الراديو والقنوات الفضائية على التوالي 18.2%، 19.2% من ساعة إلى ساعتين. وانخفاض نسبة التعرض للقنوات الفضــائية 8.1% مقابل ارتفاعها 43.4% لمشاهدة التليفزيون لأقل من ساعة.
- هذا وقد وجدت فروق دالة إحصائية بين كثافة تعرض عينة الدراسة لوسائل الإعلام حيث بلغت قيمة معامل سبيرمان الواحد الصحيح عند مستوى معنوية 0.01 بين الصحف والراديــو، وبــين التليفزيــون، والقنوات الفضائية 0.8 وعند مستوى معنوية 0.002 وبين القنوات الفضائية. والإنترنت 0.6 عند مستوى معنوية 0.003. كما بلغــت قيمة كا2 المحسوبة بين كثافة تعرض عينة الدراسة ووسائل الإعلام 51.9 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 37.6 عند درجة حرية=20 ومستوى ثقة 0.1.

1- مدى اهتمام وسائل الإعلام بتنمية الوعي بالمعلومات والقضايا الصحية :

جدول (4)

يبين توزيع إجابات عينة الدراسة بحسب مدى اهتمام وسائل الإعلام بتنمية الوعي بالمعلومات والقضايا الصحية لدى المرأة

وسائل الإعلام	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
مدى الاهتمام	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تهتم دائما	143	40.3	100	29.4	162	41.3	210	53	49	36.3
تهتم إلى حد ما	197	55.5	223	65.6	222	56.6	180	45.5	77	57
لا تهتم	15	4.2	17	5	8	2.1	6	1.5	9	6.7
الإجمالي	355	100	340	100	392	100	396	100	135	100

توضح بيانات الجدول السابق ما يلي :

- أن وسائل الإعلام تهتم إلى حد ما بتناول موضوعات تهتم بتنمية الوعي الصحي لدى عينة الدراسة حيث بلغت النسب لكل من الراديو 65.6%، الإنترنت 57%، التليفزيون 56.6%، الصحف 55.5%، القنوات الفضائية 45.5%.
- كما أوضحت النتائج أن القنوات الفضائية جاءت في المرتبة الأولى من حيث الاهتمام الدائم بتناول موضوعات ترتبط بالمعلومات والقضايا الصحية بلغت 53% وربما يرجع ذلك إلى تعدد وانتشار القنوات الفضائية بالإضافة إلى وجود قنوات صحية فضائية

متخصصة يكثر من مشاهدتها عينة المبحوثات يمتد ساعات إرسالها ما يقرب من 24 ساعة. مثل قناة صحتي، وقناة نفرتيتي وحـــورس الصحية.

- ولقياس العلاقة الارتباطية بين مدى اهتمام عينة الدراسة والتعـــرض لوسائل الإعلام. بلغت قيمة كا2 المحسوبة 27.6 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 20.1 عند درجة حرية = 8 ومستوى ثقة 0.01.

4- اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بنوعية الأمراض المنتشرة :

جدول (5)

يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بنوعية الأمراض المنتشرة

وسائل الإعلام / نوعية الأمراض	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الكبد الوبائي (الفيروسات)	212	59.7	211	62.1	230	58.7	252	63.6	61	45.2
السرطان	205	57.7	192	56.5	216	55.1	231	58.3	67	49.6
البلهارسيا	190	53.5	135	39.7	171	43.6	206	52.1	52	38.5
الفشل الكلوي	162	45.6	112	32.9	152	38.8	172	43.4	40	29.6
شلل الأطفال	151	42.5	92	27.1	137	34.9	144	36.4	31	22.9
أمراض النساء والتوليد	182	51.3	81	23.8	142	36.2	162	40.9	45	33.3
أمراض الباطنة والقلب	141	39.7	75	22.1	131	33.4	132	33.3	31	22.9

وسائل الإعلام	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
نوعية الأمراض	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمراض العيون	123	34.6	101	29.7	125	31.9	117	29.5	25	18.5
الايدز	56	15.8	42	12.3	81	20.7	96	24.2	18	13.3
أمراض الأنف والأذن	91	25.6	41	12.1	62	15.8	71	17.9	15	11.1
ضغط الدم	150	42.3	92	27.1	127	32.4	109	27.5	41	30.4
السكر	182	51.3	117	34.4	207	52.8	221	55.8	52	35.5
الحمى الروماتيزمية	125	35.2	54	15.9	112	28.6	112	28.3	17	12.6
حساسية الصدر	82	23.1	46	13.5	87	22.2	97	24.5	15	11.1
الإسهال	120	33.8	61	17.9	176	44.9	117	29.5	32	22.9
أمراض الأسنان	71	20	47	13.8	115	29.3	121	30.6	18	13.3
أخرى تذكر	54	15.2	34	10	61	15.6	55	13.9	12	8.9
الإجمالي	355	–	340	–	392	–	396	–	135	–

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- أوضحت النتائج أن مرض الالتهاب الكبدي الوبائي جاء في المرتبة الأولى من حيث نوعية الأمراض التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من خلال وسائل الإعلام وجارت القنوات الفضائية في الترتيب الأول بنسبة 63.6% وهذه النتيجة تختلف مع دراسة علاء عبد المجيد الشامي والتي توصلت إلى أن الطبيب جاء في مقدمة مصادر الاتصال الشخصي للتعريف بهذا المرض حيث أن المبحوثين من الشباب يثقون في الطبيب على نحو أكبر [49].

- بينما جاء مرض السرطان في المرتبة الثانية بنسبة 58.3% ثم مرض السكر في الترتيب الثالث بنسبة 55.8% ثم مرض البلهارسيا في الترتيب الرابع بنسبة 52.1%، ثم الفشل الكلوي بنسبة 43.4%، ثم أمراض النساء والولادة بنسبة 40.9% وتقاربت نسبة أمراض العيون 29.5، الأسنان 29.5% الحمى الروماتيزمية 28.3%، ضغط الدم 27.5، وجاءت أمراض حساسية الصدر 24.5%، ومرض الإيدز 24.5، الأنف والأذن والحنجرة 17.9% في الترتيب الأخير من حيث نوعية الأمراض التي تحرص عينة الدراسة على مشاهدتها بالقنوات الفضائية.
- ثم جاء موضوع التغذية السليمة في الترتيب الثاني وذلك بنسبة 47.1% وتكمن أهمية هذا الموضوع الصحي في أهمية الغذاء في بناء الفرد بدنيا وعقليا بالإضافة إلى كيفية إعداد الطعام بطريقة صحية سليمة ومفيدة، مع ضرورة تكامل الغذاء وتنوعه وأهمية الالتزام بالعادات الصحية السليمة في المأكل والمشرب. ثم جاء موضوع التطعيم في الترتيب الثالث بنسبة 46.2% ثم أهمية الأدوية العلاجية للمرضى بنسبة 38% ثم التربية الصحية للأطفال بنسبة 37.2% وتقاربت نسبة الصحة النفسية 30.1%، التأمين الصحي 31.5%، النظافة الشخصية 31.5%.
- جاء موضوع التلوث البيئي وآثاره الصحية على الإنسان في الترتيب الأول من حيث الموضوعات الصحية التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من خلال القنوات الفضائية وذلك بنسبة 48.2% وقد يرجع ذلك إلى أهمية هذا الموضوع حيث تقوم القنوات الفضائية

بالتركيز على أهمية وخطورة التلوث البيئي سواء كـــان طبيعـــي أو كيميائي أو بيولوجي أو حراري وذلك من خلال البرامج الحوارية أو الأعمال الدرامية أو بعض البرامج الصحية المتخصصة. موضـــحة مخاطر وسلبيات تلوث الهواء والمياه والملوثات الناتجة عن احتراق الوقود أو المخلفات الصناعية أو حرق النفايـــات وكـــذلك التلـــوث الضوضائي ويرتبط ذلك كله بصحة أفراد المجتمع.

- وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة صابر سليمان عسران والتي توصلت إلى أن من أهم المعلومات الصحية هـــي تلـــك المرتبطـــة بالتلوث البيئي بأنواعه المختلفة أثر تعرض المرأة الريفية للمسلسلات العربية ودورها في التوعية الصحية والتـــي جـــاءت فـــي مقدمـــة الموضوعات الصحية والتي تحرص المرأة الريفية على مشاهدتها من خلال الأعمال الدرامية العربية[50]، في حين جاء موضوع التغذيـــة الصحية السليمة في الترتيب الثاني بنسبة 43.4% ثم أهمية تنـــاول الأدوية العلاجية للمرضى بنسبة 40.9% وتعـــاريف موضـــوعات التأمين الصحي بنسبة 35.4%، الإسعافات الأولية 34.6%، التطعيم 36.6%، الأمراض المعدية والمتوطنة 33.1%، في حين انخفضت نسبة الصحة النفسية 24.5%، النظافة الشخصية 21.9%، العادات والسلوكيات الصحية السليمة 16.9%.

- جاء موضوع الأمراض المتوطنة والمعدية في الترتيـــب الأول مـــن حيث الموضوعات الصحية التي تحرص عينة الدراسة على متابعتها من خلال الراديو وذلك بنسبة 33.8% وقد يرجع ذلك إلى إمكانيـــة الراديو كوسيلة سمعية في مخاطبة المرأة من خلال البـــرامج التـــي

يقدمها في التوعية بهذه الأمراض مثل مــرض الالتهــاب الكبــدي، البلهارسيا، الالتهاب الرئوي، نزلات البــرد، الجفــاف، الإســهال، الملاريا، الحمى التيفودية، في حين جاء موضوع التغذيــة الصــحية السليمة بنسبة 30.9% في الترتيب الثاني ثم التلوث البيئــي بنســبة 30.9% ثم التربية الصحية للأطفال 27.1%. في حــين تقاربــت موضوعات التأمين الصحي 24.7%، التطعــيم 24.4%، الأدويــة العلاجية 22.1%.

- كما عكست نتائج الجدول الســابق إلــى وجــود علاقــة ارتباطيــه بخصوص نوعية الموضوعات الصحية التي يحرص عينة الدراســة على متابعتها واعتمادهم على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو هذه الموضوعات، حيث بلغت قيمة معامــل ســبيرمان 0.86 عنــد مستوى معنوية 0.01 بين الصحف والراديو، في حين بلغ معامــل سبيرمان بين الصحف والتليفزيون 0.91 عنــد مســتوى معنويــة 0.001، وبلغ معامل الارتباط بين القنــوات الفضــائية والإنترنــت 0.67 عند مستوى معنوية 0.03.
- كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة أيضًا 147.9 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية= 76.2 عند درجة حرية = 48 ومستوى ثقة 99%.
- وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بــين اعتماد عينة الدراسة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات ونوعية الموضوعات الصحية التي يحرصون على متابعتها من خلال وسائل الإعلام.

5- اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بالموضوعات الصحية:

جدول (6)

يوضع توزيع عينة الدراسة بحسب اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بالموضوعات الصحية

وسائل الإعلام / الموضوعات الصحية	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
التلوث البيئي وآثاره الصحية	142	35.5	105	30.9	147	39.2	191	48.2	22	16.3
الأمراض المعدية والمتوطنة	151	42.5	115	33.8	156	39.8	131	33.1	28	20.7
التربية الصحية للأطفال	132	37.2	97	28.5	132	33.7	119	30.1	17	13
تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية للأطفال	187	52.7	92	27.1	168	42.8	152	38.4	31	23
التغذية الصحية السليمة	167	47.1	110	32.4	172	43.9	172	43.4	41	30.4
الإسعافات الأولية	122	34.4	72	21.2	113	28.8	137	34.6	19	14.1
التأمين الصحي	112	31.5	84	24.7	127	32.4	140	35.4	21	15.6
أهمية الأدوية العلاجية للمرضى	135	38	75	22.1	181	46.2	162	40.9	37	27.4
الصحة النفسية	107	30.1	32	9.4	72	18.4	97	24.5	16	11.9
التطعيم	164	46.2	83	24.4	136	34.7	149	36.6	21	15.6
النظافة الشخصية	112	31.5	42	12.4	62	15.8	87	21.9	12	8.9

وسائل الإعلام الموضوعات الصحية	الصحف والمجلات		راديو		تليفزيون		قنوات فضائية		إنترنت	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
العادات والسلوكيات الصحية السليمة	77	21.7	37	10.9	34	8.7	67	16.9	7	5.2
أخرى تذكر	17	4.8	12	3.5	22	5.6	19	4.8	8	5.9
الإجمالي	355	–	340	–	392	–	396	–	135	–

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- جاء موضوع تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية في الترتيب الأول من حيث الموضوعات الصحية التي يحرصن على متابعتها عينة الدراسة من خلال الصحف وذلك بنسبة 52.7% حيث ترتبط الصحة الإنجابية للمرأة بمشكلات التغذية والمشكلة السكانية فالحمل والولادة المتكررة يضعف صحة الأم، ومع الولادات المتكررة والصحة المتهالكة للأم يؤدى إلى إنتاج أطفال غير قادرين صحيا ويؤدى إلى إنهاك صحة الأم التي قد تدفع أحيانا حياتها من أجل المولود.
- جاء مرض الالتهاب الكبدي الوبائي في الترتيب الأول بنسبة 58.7% من حيث نوعية الأمراض التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من قنوات التليفزيون المصري تلي ذلك مرض السكر بنسبة 2.8%، ثم مرض السرطان بنسبة 55.1% ثم مرض الإسهال بنسبة 44.9%، ثم مرض البلهارسيا بنسبة 43.6%، وتقاربت نسب أمراض كل من الفشل الكلوي 38.8%، أمراض النساء والولادة 36.2%، وشلل الأطفال 34.9%.

- جاء مرض السرطان في الترتيب الأول بنسبة 49.6% من حيث نوعية الأمراض التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من التصفح عبر الإنترنت تلي ذلك مرض الكبد الوبائي 45.2%، ثم مرض البلهارسيا 38.5%، ثم مرض السكر 35.5%، وتقاربت نسب أمراض كل من مرض ضغط الدم 30.4%، الفشل الكلوي 29.6%، في حين أشارت النتائج انخفاض نسبة أمراض كل من الأسنان 13.3%، الإيدز 13.3%، الحمى الروماتيزمية 12.6%، حساسية الصدر 11.1%.
- كما أشارت عينة الدراسة الميدانية إلى وجود علاقة ارتباطيه بشأن نوعية الأمراض التي يحرصن على متابعتها المبحوثين. واعتمادهم على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات. وحيث بلغت قيمة ارتباط سبيرمان 0.71 عند مستوى معنوية 0.02 بين الصحف والراديو، في حين بلغ معامل الارتباط بين الصحف والتليفزيون 0.83 عند مستوى معنوية 0.01، وبلغ معامل الارتباط بين التليفزيون والقنوات الفضائية 0.921 عند مستوى معنوية 0.001، هذا وقد بلغت قيمة كا2 المحسوبة 123.1 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية = 100.4 عند درجة حرية = 64 ومستوى ثقة 99%. وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه اعتماد عينة الدراسة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات ونوعية الأمراض التي يحرصون على متابعتها من خلال هذه الوسائل.

ثانيًا: نتائج اختبارات فروض الدراسة :

الفرض الأول : وينص على أنه " توجد علاقة ارتباطيه بين المتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة والاعتماد على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.

أ. بالنسبة للصحف وجدت علاقة ارتباطيه بين قراءة الصحف وكل من الحالة الاجتماعية والسن والمستوى التعليمي ومحل الإقامة والوضع الحالي للعمل، حيث بلغت قيمة كا2 على الترتيب :

جدول (8)

يوضح العلاقة بين قراءة الصحف والمجلات والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموجرافية	قيمة كا2	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
الحالة الاجتماعية	32.72	0.001	6	0.41
السن	27.57	0.001	6	0.37
المستوى التعليمي	62.36	0.001	6	0.51
محل الإقامة	18.41	0.01	2	0.21
الموضع الحالي للعمل	22.57	0.01	2	0.26

- وتتفق هذه النتائج مع دراسة "بلومر "Blumer 1992 والتي أشارت إلى أن يختلف تعرض الأفراد لوسائل الإعلام باختلاف المستوى التعليمي، حيث يميل المستوى التعليمي المرتفع إلى التعرض المكثف لوسائل الإعلام للحصول على المعلومات لاستخدام ذلك في المناقشات الشخصية[51].

ب. بالنسبة للراديو أظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين سماع الراديو وكل من المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة ووجود دخل خاص حيث بلغت قيمة كا2 على الترتيب :

جدول (9)

يوضح العلاقة بين سماع الراديو

وبعض المتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموجرافية	قيمة كا2	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
المستوى التعليمي	37.61	0.01	6	0.38
الحالة الاجتماعية	31.57	0.002	6	0.33
محل الإقامة	8.43	0.04	2	0.15
وجود دخل خاص	12.23	0.03	2	0.21

- وتوضح النتائج السابقة أن محل الإقامة يؤثر على درجة تعرض الأفراد لوسائل الإعلام حيث تميل بعض المجتمعات الحضرية للاعتماد أكثر على وسائل الإعلام في الحصول على المعلومات. بالإضافة إلى وجود دخل خاص لبعض الأفراد يتيح لهم الفرصة الأكبر في إمكانية امتلاك بعض وسائل الإعلام والتي تعد مصدر معلوماتي ومعرفي لهم.

ج. بخصوص التليفزيون وجدت فروق دالة إحصائية بين مشاهدة التليفزيون وبين كل من السن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة حيث بلغت قيمة كا2 على الترتيب :

جدول (10)

يوضح العلاقة بين مشاهدة التليفزيون

والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموجرافية	قيمة كا2	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
المستوى التعليمي	27.23	0.1	6	0.36
السن	21.14	0.001	6	0.29
الحالة الاجتماعية	19.32	0.002	6	0.24
محل الإقامة	15.31	0.03	2	0.19

- وتعكس هذه النتائج أن المستوى التعليمي يؤثر على درجة التعـرض لوسائل الإعلام حيث يتمتع الأفراد ذوى المستوى التعليمي بقـدرات ذهنية مرتفعة، كما أنهم يتفاعلون مع وسائل الإعلام بشـكل أكثـر إيجابية عن غيرهم الأقل تعليمًا.

د. بالنسبة للقنوات الفضائية أظهرت نتـائج الدراسـة بوجـود علاقـة ارتباطيه بين مشاهدة القنوات الفضائية وبين كل من السن و المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة حيث بلغت قيمة كا2 على الترتيب :

جدول (11)
يوضح العلاقة بين مشاهدة القنوات الفضائية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموجرافية	قيمة كا2	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
السن	37.21	0.01	6	0.27
الحالة الاجتماعية	28.43	0.001	6	0.36
المستوى التعليمي	41.26	0.01	6	0.42
محل الإقامة	18.27	0.03	2	0.18
الوضع الحالي للعمل	12.26	0.05	2	0.16

- وتشير هذه النتائج إلى تفوق القنوات الفضائية عن غيرها من الوسائل الأخرى حيث أنها أكثر كثافة في التعرض إليها من عينة الدراسة بالإضافة إلى قدرتها في التنوع في عرض الموضوعات وأنها أكثر سهولة في الاستخدام. وتتفق هذه النتائج مع دراسة " دونوهوا Donohew" 1997 والتي أشارت إلى أنه يختلف تعرض الأفراد لوسائل الإعلام باختلاف المرحلة العمرية، حيث يميل كبار السن إلى التعرض لوسائل الإعلام للحصول على المعلومات، نظرا لما لديهم من وقت للمتابعة والاستفادة أكثر من غيرهم(52).

هـ. بالنسبة لتصفح الإنترنت وجدت علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين التصفح عبر الإنترنت وكل من المستوى التعليمي والسن والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة ووجود دخل خاص حيث بلغت قيمة كا2 على الترتيب :

جدول (12)

يوضح العلاقة بين التصفح عبر الإنترنت

والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

المتغيرات الديموجرافية	قيمة كا2	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
المستوى التعليمي	**41.26**	**0.01**	**6**	**0.39**
السن	**30.29**	**0.02**	**6**	**0.32**
الحالة الاجتماعية	**26.17**	**0.04**	**6**	**0.36**
محل الإقامة	**10.12**	**0.05**	**2**	**0.17**
الوضع الحالي للعمل	**13.61**	**0.05**	**2**	**0.22**

- تعكس هذه النتائج أن المستوى التعليمي والسن والوضع الحالي للعمل يؤثرون بدرجة كبيرة على درجة التعرض لوسائل الإعلام وخاصة التصفح عبر الإنترنت. حيث أن ارتفاع المستوى التعليمي يتيح للأفراد استخدام برامج التصفح عبر الإنترنت للانتقال عبر المواقع المتعددة للشبكة العنكبوتية بما يسمح للمستخدم الحصول على المعلومات النصية والمسموعة والمرئية. ويكسبهم الإطلاع على مختلف المعارف والقيم والعادات والثقافات من مختلف المصادر مما يساهم في خلق ثقافة إنسانية ذات رؤية أكثر شمولا. وهذه النتائج السابق الإشارة إليها: تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين المتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة والاعتماد على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.

١٢ – اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بالقضايا والمشكلات الصحية :

جدول (١٣)

يبين توزيع عينة الدراسة بحسب اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بالقضايا والمشكلات الصحية

وسائل الإعلام / القضايا والمشكلات الصحية	الصحف		الترتيب	الراديو		الترتيب	التليفزيون		الترتيب	القنوات الفضائية		الترتيب	الإنترنت		الترتيب
	المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني	
مشكلات الصحة العامة	٢٣٣	٣٣,٣	١	٢٠١	٢٨,٧	١	٢٧١	٣٨,٧	٢	٢٩٥	٤٢,١	١	٤٤	٦,٣	١
المشكلة السكانية	١٩٥	٢٧,٩	٢	١٧١	٢٤,٤	٤	٢٨٥	٤٠,٧	١	٢٨١	٤٠,١	٢	٦٤	٩,١	٣
انخفاض الوعي الصحي	١٧٢	٢٤,٦	٥	١٦٢	٢٣,١	٥	٢٠٤	٢٩,١	٥	١٨٨	٢٦,٩	٧	٥٣	٧,٦	٦
مشكلات الصحة الإنجابية	١٥٢	٢١,٧	٦	١٥٤	٢٢	٦	١٩٨	٢٨,٣	٦	٢٠٨	٢٩,٧	٦	٦٧	٩,٦	٢
مشكلة التلوث البيئي	١٨٧	٢٦,٧	٣	١٨٥	٢٦,٤	٢	٢٤٧	٣٥,٣	٣	٢٥٦	٣٦,٦	٣	٦١	٨,٧	٤
مشكلات الأمراض المتوطنة والعصرية	١٤٢	٢٠,٣	٧	١٣١	١٨,٧	٧	١٦٥	٢٣,٦	٧	٢١٧	٣١	٥	٧١	١٠,١	٧
مشكلات التغذية	١٨١	٢٥,٩	٤	١٧٧	٢٥,٣	٣	٢١١	٣٠,١	٤	٢٥٤	٣٦,٣	٤	٥٧	٨,١	٥

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- جاءت المشكلات الصحية العامة في الترتيب الأول من حيث القضايا والمشكلات التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من خلال الصحف حيث بلغ المتوسط الوزنى 33.3%، وقد تمثلت تلك المشكلات في الزواج المبكر، صحة الأم الحامل، النظافة العامة، المخلفات. في حين جاءت مشكلة الزيادة السكانية في الترتيب الثاني حيث بلغ المتوسط الوزنى 27.9%، ثم مشكلة التلوث البيئي في الترتيب الثالث حيث بلغ المتوسط الوزنى 26.7%، ثم مشكلات التغذية في الترتيب الرابع بمتوسط وزنى 25.9%، وتقارب المتوسط الوزنى لكل من مشكلات الصحة الإنجابية 21.7%، مشكلات الأمراض المتوطنة 20.3%.
- جاءت مشكلة الزيادة السكانية في الترتيب الأول من حيث القضايا والمشكلات التي يحرصن على متابعتها عينة الدراسة من خلال مشاهدة التليفزيون حيث بلغ المتوسط الوزنى 40.7 ويعكس ذلك أهمية وخطورة هذه المشكلة على سكان مصر وما يتبعها من آثار سلبية متمثلة في انخفاض مستوى الدخل والفقر، تدنى مستوى المعيشة، انخفاض نصيب الفرد من الخدمات العامة، والبطالة، بالإضافة إلى أن هذه المشكلة تمثل ضياعا للجهود المختلفة من جانب الدولة لاسيما في المجال الصحي، وقد جاءت مشكلات الصحة العامة في الترتيب الثاني وبلغ المتوسط الوزنى لها 38.7، ثم مشكلة التلوث البيئي 35.3%، ثم مشكلات التغذية بمتوسط وزنى 30.1%.

- جاءت مشكلات الأمراض المتوطنة والعصرية في الترتيب الأول من حيث القضايا والمشكلات التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من خلال التصفح عبر الإنترنت. ومن المعروف أن المجتمع المصري لازال يعانى من هذه الأمراض ومنها التهاب الكبد الوبائي، الفشل الكلوي، البلهارسيا بالإضافة إلى الأمراض العصرية ومنها الالتهاب الرئوي والسرطان بأنواعه، الحمى التيفودية، الجفاف، والحمى الشوكية، شلل الأطفال. في حين جاءت مشكلات الصحة الإنجابية الناتجة عن الولادات المتكررة والصحة المتهالكة للأم في الترتيب الثاني بمتوسط وزنى 9.6، ثم المشكلة السكانية في الترتيب الثالث بمتوسط وزنتى 9.1، ثم مشكلة التلوث البيئي 8.7.
- كما أثبتت نتائج الدراسة بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بشأن اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات في تناولها للقضايا والمشكلات الصحية، حيث بلغ قيمة معامل ارتباط سبيرمان 0.96 عند مستوى معنوية 0.01 بين الصحف والراديو، وبين الصحف والتليفزيون 0.92 عند مستوى معنوية 0.001، وبين التليفزيون والقنوات الفضائية 0.9 عند مستوى معنوية 0.01 وبين التليفزيون والإنترنت 0.7 عند مستوى معنوية 0.02.

كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة بين القضايا والمشكلات الصحية واعتماد المرأة على وسائل الإعلام 78.6 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 49.5 عند درجة حرية = 24 ومستوى ثقة 99%.

- درجة الثقة في اعتماد المرأة على وسائل الإعلام في الحصول على المعلومات والقضايا الصحية :

جدول (١٤)

يوضح درجة الثقة في اعتماد عينة الدراسة على وسائل الإعلام في الحصول على المعلومات والقضايا الصحية

درجة الثقة / الوسيلة	أثق جدا		أثق		أثق إلى حد ما		لا أثق		المجموع		قيمة كا٢	مستوى المعنوية	درجات الحرية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%				
الصحف والمجلات	٥٢	١٤,٦	١٢١	٣٤,١	١٦٣	٤٥,٩	١٩	٥,٤	٣٥٥	١٠٠	٢٠,٧	٠,٠٠٤	٣	٠,٢٩
الراديو	١١٨	٣٤,٧	١٣٩	٤٠,٩	٧١	٢٠,٩	١٢	٣,٥	٣٤٠	١٠٠	١٨,١	٠,٠٣	٣	٠,٢٥
التليفزيون	١٢١	٣٠,٩	١٧٤	٥١,٣	٨٢	٢١	١٥	٣,٨	٣٩٢	١٠٠	٣٤,٢	٠,٠١	٣	٠,٤١
القنوات الفضائية	١٠٩	٢٧,٥	١٩٣	٤٨,٧	٨٤	٢١,٢	١٠	٢,٦	٣٩٦	١٠٠	٢٧,٦	٠,٠٠١	٣	٠,٣٤
الإنترنت	٤٤	٣٢,٦	٥٨	٤٣	٢٦	١٩,٣	٧	٥,١	١٣٥	١٠٠	١٦,٣	٠,٠٠٢	٣	٠,٢١

توضح بيانات الجدول السابق ما يلي :

- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين اعتماد عينة الدراسة علـــى الصحف كوسيلة إعلامية ودرجة الثقة بها حيث بلغــت قيمـــة كـــا2 المحسوبة 20.7 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 11.3 عند درجة حرية = 3 وبلغ معامل التوافق 0.29.
- وجود فروق دالة إحصائية بين اعتماد عينة الدراسة علـــى قنـــوات التليفزيون كوسيلة إعلامية ودرجة الثقة حيـــث بلغــت قيمـــة كـــا2 المحسوبة 34.2 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 11.3 عند درجة حرية = 3 وبلغ معامل التوافق 0.41.

وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائية بين اعتماد عينة الدراسة على التصفح عبر الإنترنت ودرجة الثقة حيث بلغت قيمة كا2 المحســوبة 16.3 وهـــى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 11.3 عند درجة حريـــة = 3 وبلـــغ معامـــل التوافق 0.21. وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائـــل بوجـــود علاقـــة ارتباطيه بين وسائل الإعلام ودرجة الثقة في اعتماد عينة الدراسة عليها في الحصول على المعلومات الصحية.

١٤- أسباب تفضيل المرأة المصرية لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية :

جدول (١٥)

يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب أسباب تفضيل المرأة المصرية لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية

الأسباب	الصحف		الترتيب	الراديو		الترتيب	التليفزيون		الترتيب	القنوات الفضائية		الترتيب	الإنترنت		الترتيب
	المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني		المجموع	المتوسط الوزني	
التعرف على الموضوعات الصحية والتوعية بها	٢٣٨	٣٩,٧	١	٢٠٢	٣٣,٧	١	٢٧١	٤٥,٢	١	٢٩١	٤٨,٥	١	٦٧	١١,٢	١
تقديم الشرح والتفسير للقضايا والمشكلات الصحية	١٨٢	٣٠,٣	٥	١٨٢	٣٠,٣	٢	٢٤٦	٤١	٤	٢٦١	٤٣,٥	٤	٥٥	٩,٢	٣
لاكتساب سلوكيات صحية إيجابية	١٧٧	٢٩,٥	٦	١٧٦	٢٩,٣	٣	٢١٢	٣٥,٣	٥	٢٣١	٣٨,٥	٥	٦١	١٠,٢	٢
الالتزام بالدقة والموضوعية في معالجة القضايا الصحية	١٩٦	٣٢,٧	٤	٩٢	١٥,٣	٦	١٩٢	٣٢	٦	١٥٢	٢٥,٣	٦	٤٢	٧	٥
الاستعانة بالمكافآت والمتخصصين من الأطباء بعرض الموضوع	٢٠٥	٣٤,٢	٣	١١٧	١٩,٥	٥	٢٦٧	٤٤,٥	٢	٢٧٧	٤٦,١	٢	٣١	٥,٢	٦
التنوع والتوازن في عرض الموضوعات والقضايا الصحية	٢١٧	٣٦,٢	٢	١٣٧	٢٢,٨	٤	٢٥٤	٤٢,٣	٣	٢٦٥	٤٤,٢	٣	٥٢	٨,٧	٤

تشير بيانات الجدول السابق ما يلي :

- تمثلت أسباب اعتماد المرأة المصرية على الصحف كوسيلة إعلامية كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية في التعرف على الموضوعات الصحية والتوعية بها وبلغ المتوسط الوزنى 39.7 ثم التنوع والتوازني في عرض الموضوعات والقضايا الصحية من خلال الصحف والمجلات الطبية بمتوسط وزنى 32.7 ثم الاستعانة بالكفاءات والمتخصصين من الأطباء بعرض الموضوعات 34.2، ثم الالتزام بالدقة والموضوعية في معالجة القضايا الصحية بمتوسط 32.7.
- واتفقت أسباب الاعتماد على القنوات الفضائية مع التليفزيون في التعرف على الموضوعات الصحية والتوعية بها، تقديم الشرح والتفسير للقضايا والمشكلات الصحية، اكتساب سلوكيات صحية إيجابية، الالتزام بالدقة والموضوعية في معالجة القضايا الصحية. حيث جاء الاتفاق في ترتيب المتوسط الوزنى لمعظم الأسباب التي تفضلها عينة الدراسة.
- وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة ميرفت الطرابيشي (2001) حيث أظهرت أن أسباب اعتماد المرأة الريفية على وسائل الاتصال في نقل المعلومات الصحية تتمثل في التعرف على الموضوعات الصحية والرغبة في الحصول على تفسيرات وتحليلات للموضوعات والقضايا الصحية[53].
- وتحددت أسباب الاعتماد على الراديو في الترتيب الأول في التعرف على الموضوعات الصحية بمتوسط وزنى 33.7 ثم تقديم الشرح

والتفسير للقضايا الصحية 30.3، ثم اكتساب سلوكيات صحية إيجابية 29.3 ثم التنوع والتوازن في عرض الموضوعات الصحية 22.8.

- وتمثلت أيضًا أسباب الاعتماد على الإنترنت على النتائج نفسها مما يوضح أهمية الدور الذي تقوم به وسائل الإعلام في مجال التوعية بالموضوعات الصحية.
- كما أثبتت نتائج الجدول السابق عن وجود علاقة ارتباطيه بخصوص الأسباب التي يفضلونها واعتمادهم على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية. حيث بلغت قيمة معامل سبيرمان بين الصحف والتليفزيون 0.71 عند مستوى معنوية 0.02، بين التليفزيون والقنوات الفضائية الواحد الصحيح عند مستوى معنوية 0.01 وبين التليفزيون والإنترنت 0.87 عند مستوى معنوية 0.01 كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة 54.9 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية = 37.6 عند درجة حرية = 20 ومستوى ثقة 99%. وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين وسائل الإعلام، بخصوص أسباب اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية.

١٥- دوافع اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية.

جدول (١٦)

يوضح دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية

الدوافع	وسائل الإعلام	السن				قيمة ف	مستوى المعنوية	الحالة الاجتماعية				قيمة ف	مستوى المعنوية
		من ٢ > ٣٠	من ٣٠< ٤٠	من ٤٠ > ٥٠	من ٥٠ ٦٠ فأكثر			آنسة	متزوجة	أرملة	مطلقة		
الفهم	صحف ومجلات	٨,٩٢	٧,٣٦	٦,٢٥	٨,٢٤	٢,٣٦	٠,٠٤	٥,٣٢	٦,٣٤	٤,٢٦	٢,٢٣	١,١٧	٠,٢٧
	راديو	٧,٣٦	٥,٢٢	٩,٣٤	٦,٢٢	٢,٢٧	٠,٠٤	٤,٣٢	٧,٢٢	٥,٣٢	٤,٢٦	١,٥٨	٠,٣٧
	تليفزيون	٧,٣٤	٦,٢٥	٧,٣٤	٨,٤٥	١,٩٨	٠,٠١	٨,٢٢	٦,٣٢	٤,٢٧	٣,٥٢	٢,٣٦	٠,٠٥
	قنوات فضائية	٦,٢٢	٥,٥٣	٨,٢٤	٧,٣٦	٢,٥٩	٠,٥١	٧,٥٢	٧,١١	٦,٣٢	٤,٢٢	٢,١٨	٠,٠٥
	الإنترنت	٤,٢٣	٣,٥٦	٤,٢٦	٣,٢٢	١,٦٥	٠,٠٣	٦,٣٢	٦,١١	٥,٥٧	٤,٢٣	١,١٦	٠,٢٣
التوجيه	صحف ومجلات	٧,٣٢	٩,٥٢	٦,٢٢	٥,٣٤	٣,٢١	٠,٠١	٦,٩٥	٧,٣٢	٦,٢٢	٤,٥٧	٢,٨٥	٠,٠٥
	راديو	٦,٢٤	٧,٣٢	٨,٢٥	٦,٣٢	٢,٩٨	٠,٠٥	٥,٢٤	٦,٢٢	٧,٣٢	٤,٩٥	٣,٠١	٠,٠١
	تليفزيون	٥,٩٨	٩,٣٢	٨,٢٤	٦,١١	٣,٥٧	٠,٠١	٧,٣٦	٨,٢٢	٦,٣٢	٥,١٤	٤,٢٢	٠,٠١
	قنوات فضائية	٩,٢٤	٨,٣٢	٩,٢٢	٧,٢٣	٣,٤٥	٠,٠١	٧,٢٣	٩,٢٢	٥,٣٤	٥,١٢	٣,٩٢	٠,٠١
	الإنترنت	٦,٢٢	٤,١٣	٥,١٢	٤,١٧	٢,٥٦	٠,٠٥	٤,٤٢	٤,١١	٣,٥٧	٢,٣٨	٣,١٤	٠,٠١
التسلية	صحف ومجلات	٨,١٢	٧,٢١	٩,٣٢	٦,٤٥	٣,٦٨	٠,٠١	٥,٦٢	٥,٩٢	٦,٥٧	٥,٣٢	٢,٣٥	٠,٠٥
	راديو	٧,٢١	٦,٢٣	٧,٣١	٥,٢٢	٢,٥٧	٠,٠٣	٦,٥٧	٨,٣٦	٧,٥٨	٤,٣٦	٣,٥٦	٠,٠١
	تليفزيون	٩,٥٢	٩,٤٣	٨,٣٥	٧,٢٢	٤,١١	٠,٠٠٣	٥,٣٢	٧,٥٦	٨,٤٥	٦,٢٥	٤,١١	٠,٠٣
	قنوات فضائية	٨,١٢	٩,١١	٧,٣٢	٦,٢٥	٤,١٧	٠,٠٠٣	٥,٣٢	٨,٦٤	٧,٢٥	٤,٣٢	٣,١٢	٠,٠١
	الإنترنت	٥,٣٢	٣,٥٢	٤,٢١	٣,٢١	٣,٢٢	٠,٠٠١	٤,٢٦	٤,٠١	٣,٥٧	٢,٣٦	٢,١١	٠,٠٤

تابع جدول (١٦)

يوضح دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية

الدافع	وسائل الإعلام	السـن				قيمة ف	مستوى المعنوية	الوضع الحالي للعمل		قيمة ت	مستوى المعنوية	محل الإقامة		قيمة ت	مستوى المعنوية
		لا تقرأ ولا تكتب	تعليم متوسط	تعليم جامعي	تعليم أعلى من الجامعي			تعمل	لا تعمل			حضر	ريف		
الفهم	صحف ومجلات	٣,٣٢	٦,٢٥	٧,٨٨	٥,٢٤	٥,٧	٠,٠٠١	٥,٣٢	٤,٢٦	١,٥٧	٠,٣١	٦,٩٧	٦,١٧	١,٨٩	٠,٠٩
	راديو	٥,٧٢	٧,٣٢	٥,٢٣	٦,٣٤	٢,٨٨	٠,٠٤	٤,٥٧	٥,٣٦	١,٩٨	٠,٤١	٥,٣٨	٦,٥٩	١,٨٣	٠,١٠
	تليفزيون	٤,٥٣	٦,٢٢	٨,٥٦	٧,٢٢	١,٦٧	٠,١٨	٥,٨٢	٥,١٣	٠,٩٢	٠,٣٨	٥,٣٢	٥,٨٧	١,٣٥	٠,١٩
	قنوات فضائية	٦,٣٤	٧,٢٢	٦,٢٤	٨,٥١	٤,٢١	٠,٠٠٣	٦,٣٧	٦,١٢	٠,٤٤	٠,٦٨	٦,١٢	٦,٧٩	١,٦٧	٠,١٢
	الإنترنت	٣,٢١	٤,٢٦	٥,٣٢	٥,٢٧	١,٩٨	٠,٠١	٥,١٧	٤,٩٨	٢,٢٥	٠,٠١	٥,١٢	٤,٢١	٢,٩١	٠,٠٥
التوجيه	صحف ومجلات	٤,٢٢	٥,٤١	٦,١٢	٦,٧٢	٣,٧٩	٠,١٩	٥,٩٧	٥,٢٢	١,١٢	٠,٢١	٥,١٦	٥,٥٧	١,٥١	٠,٧١
	راديو	٣,٣٥	٦,١٢	٥,٢٣	٤,٢٧	٢,٥٨	٠,٠١	٤,٦٣	٤,١١	٠,٨٧	٠,٤٥	٦,١١	٦,٧١	١,٦٧	٠,٦١
	تليفزيون	٤,٢١	٥,١٨	٧,٣٥	٦,١٢	٠,١٩١	٠,٠٤	٦,٩٨	٦,٢٣	١,٣١	٠,١٢	٦,٨٧	٦,٥٤	٠,٩٢	٠,٤٨
	قنوات فضائية	٥,١١	٧,٢٢	٦,٥٩	٥,٣٢	٠,١٥٧	٠,٥١	٦,٥٧	٦,١٢	٠,٧١	٠,٤٥	٦,٩٧	٦,٤٣	١,٣	٠,١٨
	الإنترنت	٣,٢٧	٣,٩٧	٤,٢٥	٤,٣٧	٠,٤١	٠,٧١	٥,٤١	٤,٧٩	٢,٤١	٠,٠١	٤,٩١	٤,٢٧	١,٦	٠,١
التسلية	صحف ومجلات	٤,٢٢	٥,٥٤	٦,٣٧	٤,٢٧	٢,٥٨	٠,٠٣	٤,٣٩	٤,١٥	١,٩١	٠,٤٢	٥,٧٢	٥,١٢	١,٢	٠,١٩
	راديو	٤,١١	٤,٥٧	٤,٣١	٣,٢٧	٢,٤١	٠,٠٤	٥,٣٧	٥,١٦	٠,٥٥	٠,٧٢	٦,٣٧	٦,٩١	٠,٨٧	٠,٣٧
	تليفزيون	٤,٥٧	٥,٣٤	٦,٩٢	٦,٣١	٤,٩٨	٠,٠٥	٦,٣٧	٥,٩٨	٢,٢٧	٠,٠١	٦,٥٨	٦,١١	٠,٩١	٠,٤٨
	قنوات فضائية	٤,٩٧	٥,١١	٦,٢١	٦,٤٣	٦٩,٧	٠,٠٧	٥,٨٨	٥,٥٤	١,٧١	٠,١	٦,٩٧	٦,٤٤	٢,١١	٠,٠١
	الإنترنت	٣,٢٢	٤,١٧	٥,٣٢	٥,١١	١,٦١	٠,٠١	٤,٣٧	٤,١١	٠,٨١	٠,١	٤,٥٧	٣,٩٧	٢,٥٧	٠,٠١

توضح بيانات الجدول السابق ما يلي :

- تمثلت دوافع تعرض المرأة واعتمادها على الصحف كوسيلة إعلامية وكمصدر للمعلومات والقضايا الصحية في دافع الفهم في المرتبة الأولى من خلال الحصول على المعلومات والمعارف الصحية بنسبة 53.8% ثم التعلم بكيفية الوقاية من الأمراض بنسبة 49.3% ثم اكتساب الثقافة الصحية 35.5%، ثم جاء دافع التوجيه في الترتيب الثاني وذلك من خلال تقويم العادات الصحية السلبية الخاطئة بنسبة 51.8% ثم اكتساب العادات الصحية الإيجابية 48.2% ثم مساعدة الآخرين في التغلب على مشاكلهم الصحية 40%.
- وجاء دافع التسلية في الترتيب الثالث وذلك من خلال الاسترخاء والمتعة في مشاهدة البرامج الصحية 26.5% ثم التخلص من الملل والعزلة بنسبة 23.5%.
- تحددت دوافع الاستماع للراديو كوسيلة إعلامية ومصدر للمعلومات الصحية لدى عينة الدراسة في دافع الحصول على المعلومات الصحية بنسبة 56.5% ثم دافع تقويم العادات الصحية الخاطئة بنسبة 50% ثم دافع اكتساب العادات الصحية السليمة بنسبة 48.5% ثم تعلم كيفية الوقاية من الأمراض بنسبة 45.5% وتقاربت دوافع نقل وشرح ما تم فهمه للآخرين 38.2%، المساعدة في اتخاذ القرار تجاه بعض الأمراض 41.8% وانخفضت دوافع التخلص من الملل والعزلة 28.5% والاسترخاء والمتعة من الموضوعات الصحية 31.2%.

- اتفقت النتائج من حيث دوافع التعرض لقنوات التليفزيون، والقنـــوات الفضائية حيث جاء دافع الفهم من أهم دوافع تعرض المرأة المصرية واعتمادها على هاتين الوسيلتين كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية ثم جاء دافع التوجه في الترتيب الثاني ثم جاء دافـــع التســـلية فـــي الترتيب الثالث حسبما أوضحته أرقام ونسب مفردات الجدول السابق.
- تحددت دوافع التعرض للإنترنت كمصـــدر للمعلومـــات والقضـــايا الصحية لدى عينة الدراسة في دافع التثقيف الصحي بنسبة 59.3% ثم اكتساب العادات الصحية السليمة بنسبة 54.1% ثم الحصول على المعلومات والمعارف الصحية 52.6% ثم تقويم العـــادات الصـــحية الخاطئة 45.9%.
- ومن خلال ما سبق يتضح لنا أن دوافع تعرض المـــرأة المصـــرية لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحـــو الموضـــوعات والقضـــايا الصحية عموما يرجع إلى دافع الفهم في المرتبة الأولـــى ثـــم دافـــع التوجيه في المرتبة الثانية ودافع التسلية في المرتبة الثالثـــة ووفقـــا لنموذج الاعتماد على وسائل الإعلام تكشف لنا النتائج السابقة إلى أن اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعـــلام كمصـــدر للمعلومـــات الصحية يحقق هدفين رئيسيين هما، الفهم والتوجيه.

١٦- العلاقة بين دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة :

جدول (١٧)

يوضح العلاقة بين دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام	الصحف والمجلات								الراديو							
	موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الحصول على معلومات صحية تفيدني	٢١١	٥٩,٤	١٣٢	٣٧,٢	١٢	٣,٤	٣٥٥	١٠٠	١٩٢	٥٦,٥	١٤٢	٤١,٨	١٠٦	٤,٧	٣٤٠	١٠٠
التثقيف الصحي	١٧٥	٤٩,٣	١٤٥	٤٠,٨	٣٥	٩,٩	٣٥٥	١٠٠	١٧٠	٥٠	١٥٢	٤٤,٧	١٨	٥,٣	٣٤٠	١٠٠
أتعلم كيفية الوقاية من الأمراض	١٩١	٥٣,٨	١٣٤	٣٧,٧	٣٠	٨,٥	٣٥٥	١٠٠	١٥٣	٤٥	١٦٢	٤٧,٦	٢٥	٧,٤	٣٤٠	١٠٠
نقل وشرح ما فهمته للآخرين	١٤٢	٤٠	١٦٠	٤٥,١	٥٣	١٤,٩	٣٥٥	١٠٠	١٣٠	٣٨,٢	١٨٥	٥٤,٤	٢٥	٧,٤	٣٤٠	١٠٠
تقويم العادات الصحية الخاطئة	١٨٤	٥١,٨	١٤٧	٤١,٤	٢٤	٦,٨	٣٥٥	١٠٠	١٧٠	٥٠	١٣٠	٣٨,٢	٤٠	١١,٨	٣٤٠	١٠٠
اكتساب العادات الصحية السليمة	١٧١	٤٨,٢	١٥٢	٤٢,٨	٣٢	٩	٣٥٥	١٠٠	١٦٢	٤٨,٥	١٤٠	٤١,٢	٣٥	١٠,٣	٣٤٠	١٠٠
المساعدة في فهم وإدراك نوعية الأمراض	١٥٢	٤٢,٨	١٧٧	٤٩,٩	٢٦	٧,٣	٣٥٥	١٠٠	١٥١	٤٤,٤	١٣٦	٤٠	٥٣	١٥,٦	٣٤٠	١٠٠
المساعدة في اتخاذ القرار تجاه الأمراض	١١٢	٣١,٥	١٩٢	٥٤,١	٥١	١٤,٤	٣٥٥	١٠٠	١٤٢	٤١,٨	١٧١	٥٠,٣	٢٧	٧,٩	٣٤٠	١٠٠
التخلص من الملل والعزلة	٨٣	٢٣,٥	١١٩	٣٣,٥	١٥٣	٤٣	٣٥٥	١٠٠	٩٧	٢٨,٥	١٣١	٣٨,٦	١١٢	٣٢,٩	٣٤٠	١٠٠
الاسترخاء والمتعة نحو متابعة الموضوعات	٩٤	٢٦,٤	١٠٥	٢٩,٦	١٥٦	٤٤	٣٥٥	١٠٠	١٠٦	٣١,٢	١١٥	٣٣,٨	١١٩	٣٥	٣٤٠	١٠٠

تابع جدول (١٧)

يوضح العلاقة بين دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام	التليفزيون								القنوات الفضائية							
	موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الحصول على معلومات صحية تفيدني	٢٤٢	٦١,٧	١٣٢	٣٣,٧	١٨	٤٥,٩	٣٩٢	١٠٠	٢٢٠	٥٥,٦	١٤٢	٣٥,٨	٣٤	٨,٦	٣٩٦	١٠٠
التثقيف الصحي	٢٢٦	٥٧,٧	١٤٢	٣٦,٢	٢٤	٦,١	٣٩٢	١٠٠	١٩٧	٤٩,٧	١٦٢	٤٠,٩	٣٧	٩,٤	٣٩٦	١٠٠
أتعلم كيفية الوقاية من الأمراض	٢١٠	٥٣,٦	١٥١	٣٨,٥	٣١	٧,٩	٣٩٢	١٠٠	١٨١	٤٥,٧	١٥٥	٣٩,١	٦٠	١٥,٢	٣٩٦	١٠٠
نقل وشرح ما فهمته للآخرين	١٩٢	٤٩	١٤٦	٣٧,٢	٥٤	١٣,٨	٣٩٢	١٠٠	١٧١	٤٣,٢	١٥٠	٣٧,٩	٧٥	١٨,٩	٣٩٦	١٠٠
تقويم العادات الصحية الخاطئة	١٦١	٤١,١	١٨٢	٤٦,٤	٤٩	١٢,٥	٣٩٢	١٠٠	١٥٦	٣٩,٤	١٧١	٤٣,٢	٦٩	١٧,٤	٣٩٦	١٠٠
اكتساب العادات الصحية السليمة	١٨٥	٤٧,٢	١٧٠	٤٣,٤	٣٧	٩,٤	٣٩٢	١٠٠	٢٠٢	٥١	١٥١	٣٨,١	٤٣	١٠,٩	٣٩٦	١٠٠
المساعدة في فهم وإدراك نوعية الأمراض	١٧٥	٤٤,٦	١٨٩	٤٨,٢	٢٨	٧,٢	٣٩٢	١٠٠	١٤٢	٣٥,٩	١٩٥	٤٩,٢	٥٩	١٤,٩	٣٩٦	١٠٠
المساعدة في اتخاذ القرار تجاه الأمراض	١٦٠	٤٠,٨	١٧٢	٤٣,٩	٦٠	١٥,٣	٣٩٢	١٠٠	١٧٩	٤٥,٢	١٥٢	٣٨,٤	٦٥	١٦,٤	٣٩٦	١٠٠
التخلص من الملل والعزلة	١١٧	٢٩,٨	١٣٠	٣٣,٢	١٤٥	٣٧	٣٩٢	١٠٠	١١٥	٢٩	١٣٠	٣٢,٨	١٥١	٣٨,٢	٣٩٦	١٠٠
الاسترخاء والمتعة نحو متابعة الموضوعات	١١٢	٢٨,٦	١٢٨	٣٢,٦	١٥٢	٣٨,٨	٣٩٢	١٠٠	١١٧	٢٩,٥	١٣٧	٣٤,٦	١٤٢	٣٥,٩	٣٩٦	١٠٠

تابع جدول (١٧)

يوضح العلاقة بين دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والمتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة

دوافع اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام	الإنترنت							
	موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الحصول على معلومات صحية تفيدني	٧١	٥٢,٦	٥٥	٤٠,٧	٩	٦٦,٧	١٣٥	١٠٠
التثقيف الصحي	٨٠	٥٩,٣	٤٢	٣١,١	١٣	٩,٦	١٣٥	١٠٠
أتعلم كيفية الوقاية من الأمراض	٥١	٣٧,٨	٦٦	٤٨,٩	١٨	١٣,٣	١٣٥	١٠٠
نقل وشرح ما فهمته للآخرين	٤٣	٣١,٩	٧٢	٥٣,٣	٢٠	١٤,٨	١٣٥	١٠٠
تقويم العادات الصحية الخاطئة	٦٢	٤٥,٩	٥٥	٤٠,٧	١٨	١٣,٤	١٣٥	١٠٠
اكتساب العادات الصحية السليمة	٧٣	٥٤,١	٥٥	٤٠,٧	٧	٥,٢	١٣٥	١٠٠
المساعدة في فهم وإدراك نوعية الأمراض	٤٠	٢٩,٦	٦٦	٤٨,٩	٢٩	٢١,٥	١٣٥	١٠٠
المساعدة في اتخاذ القرار تجاه الأمراض	٤٨	٣٥,٦	٦٠	٤٤,٤	٢٧	٢٠	١٣٥	١٠٠
التخلص من الملل والعزلة	٣٧	٢٧,٤	٤٥	٣٣,٣	٥٣	٣٩,٣	١٣٥	١٠٠
الاسترخاء والمتعة نحو متابعة الموضوعات	٣٤	٢٥,٢	٤٦	٣٤,١	٥٥	٤٠,٧	١٣٥	١٠٠

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع الفهم وتعرض المرأة المصرية للقنوات الفضائية وبين السن حيث بلغت قيمة ف 2.59 عند مستوى معنوية 0.051 وجاءت لصالح الفئة العمرية من 40 < 50سنة، وكذلك من التعرض للصحف والمجلات حيث بلغت قيمة ف 2.36 عند مستوى معنوية 0.04 وجاءت لصالح الفئة العمرية من 20 < 30سنة.
- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع الفهم وتعرض المرأة المصرية والتليفزيون وبين الحالة الاجتماعية حيث بلغت قيمة ف 2.36 عند مستوى معنوية 0.05 وجاءت لصالح الفتيات. وكذلك من مشاهدة القنوات الفضائية حيث بلغت قيمة ف 2.18 عند

مستوى معنوية 0.05 وجاءت لصالح الفئة نفسها. وكـذلك مـن الاستماع للراديو حيث بلغت قيمة ف 1.58 عند مستوى معنويـة 0.37 وجاء لصالح الفئة متزوجة.

- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع الفهم وتعرض المرأة لتصفح الإنترنت وبين محل الإقامة حيث بلغت قيمة ت 2.91 عند مستوى معنوية 0.05 وجاءت لصالح فئة الحضر ثم التعـرض للصـحف والمجلات حيث بلغت قيمة ت 1.89 عند مستوى معنويـة 0.09 وجاءت لصالح فئة الحضر أيضًا.
- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع التوجيه للتعـرض للصـحف والمجلات وسماع الراديو، ومشاهدة التليفزيون والقنوات الفضائية وبين المستوى التعليمي. حيث بلغت قيمة ف على الترتيب :

ف 3.79 عند مستوى معنوية 0.01 لصالح الفئة تعليم أعلى مـن الجامعي

ف 2.58 عند مستوى معنوية 0.01 ولصالح الفئة تعليم جامعي

ف 1.91 عند مستوى معنوية 0.04 لصالح الفئة تعليم جامعي

ف 1.57 عند مستوى معنوية 0.51 لصالح الفئة تعليم متوسط

- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع التوجيه والاستماع للراديـو، والتعرض للصحف والمجلات ومشاهدة القنوات الفضائية وتصـفح الإنترنت وبين محل الإقامة. حيث بلغت قيمة ف على الترتيب :

ت 1.67 عند مستوى معنوية 0.17 ت 1.6 عند مستوى معنوية 0.18

ت 1.51 عند مستوى معنوية 0.14   ت 1.3 عند مستوى معنوية 0.11

- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع التسلية ومشـــاهدة القنـــوات الفضائية ومشاهدة التليفزيـــون وقـــراءة الصـــحف والمجـــلات، والتعرض للإنترنت والاستماع للراديو وبين السن حيث بلغت قيمة ف على الترتيب :

ف 4.17 عند مستوى معنوية 0.003وجاء لصالح الفئة العمرية من 30 < 40

ف 4.11 عند مستوى معنوية 0.03 وجاءت لصالح الفئة العمريـــة من 20> 30

ف 3.68 عند مستوى معنوية 0.01 وجاءت لصالح الفئة العمريـــة من 40 > 50

ف 3.22 عند مستوى معنوية 0.01 وجاءت لصالح الفئة العمريـــة من 20 > 30

- وجدت فروق دالة إحصائية بين دافع التسلية ومشـــاهدة القنـــوات الفضائية، والتعرض للتليفزيون وقـــراءة الصـــحف والمجـــلات، والاستماع للراديو، والتصفح للإنترنت وبين المســـتوى التعليمـــي حيث بلغت قيمة ف على الترتيب :

ف 6.97 عند مستوى معنوية 0.07 وجاء لصالح الفئة تعليم أعلى من جامعي

ف 4.98 عند مستوى معنوية 0.05 وجاءت لصالح الفئـــة تعلـــيم جامعي

ف 2.58 عند مستوى معنوية 0.03 وجاءت لصالح الفئة تعلـــيم جامعي

ف 2.41 عند مستوى معنوية 0.04 وجاءت لصالح الفئـــة تعلـــيم متوسط

ومما سبق يتضح لنا صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين دوافع التعرض لوسائل الإعلام واعتماد المرأة المصـــرية عليهـــا كمصـــدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.

- أسباب قصور وسائل الإعلام بشأن تناولها للموضوعات والقضايا الصحية .

جدول (١٨)

يبين توزيع عينة الدراسة بحسب أسباب قصور وسائل الإعلام بشأن تناولها للموضوعات والقضايا الصحية

وسائل الإعلام / أسباب قصور وسائل الإعلام	الصحف			الراديو			التليفزيون			القنوات الفضائية			الإنترنت		
	المجموع	المتوسط الوزني	[illegible]	المجموع	المتوسط الوزني	[illegible]	المجموع	المتوسط الوزني	[illegible]	المجموع	المتوسط الوزني	[illegible]	المجموع	المتوسط الوزني	[illegible]
قلة البرامج الحوارية والتحقيقات المتابعة للموضوعات الصحية	٢٧٣	٣٠,٣	١	٢٥٦	٢٨,٤	١	٢٨١	٣١,٢	١	١٩٢	٢١,٣	٥	٣٦	٤	٢
عدم الوضوح والبساطة فى عرض الرسالة الصحية	٢١٧	٢٤,١	٤	٢٠٨	٢٣,١	٣	٢٣٧	٢٦,٣	٢	١٨٧	٢٠,٨	٦	٢٢	٢,٤	٤
التركيز على موضوعات صحية معينة وإهمال موضوعات أخرى	٢٤٧	٢٧,٤	٣	١٩٧	٢١,٩	٤	٢١٢	٢٣,٦	٥	٢٥٧	٢٨,٦	١	٤١	٤,٦	١
الإكثار من التركيز على أساليب العلاج البديل والوصفات البدينة	١٣١	١٤,٦	٩	٩٢	١٠,٢	٩	٢٢٢	٢٤,٧	٣	٢٥٢	٢٨	٢	٣١	٣,٤	٣
عدم عرض وجهات النظر المختلفة بدقة نحو الموضوعات الصحية	١٨٧	٢٠,٨	٥	١٦٢	١٨	٧	١٩٧	٢١,٩	٧	١٥٧	١٧,٤	٨	١٩	٢,١	٥
ضيق الوقت أو المساحة المخصصة بوسائل الإعلام لتغطية الموضوعات	٢٥٧	٢٨,٦	٢	١٩٢	٢١,٣	٥	٢١٦	٢٤	٤	٢١٢	٢٣,٦	٣	١٢	١,٣	٩
سطحية المعالجة الإخبارية والحوارية للموضوعات والقضايا الصحية	١٧٨	١٩,٨	٧	١٤٦	١٦,٢	٨	٢٠٩	٢٣,٢	٨	١٦٧	١٨,٦	٧	١٨	٢	٦
الاستخدام المحدود للصور والأفلام التى تشخص الأمراض	١٤٢	١٥,٨	٨	١٧٦	١٩,٦	٦	٢٠٢	٢٢,٤	٦	١٩٨	٢٢	٤	١٥	١,٧	٧
ضعف كفاءة القائم بالاتصال أو المتحدث بوسائل الإعلام فى التوعية بالأمراض	١٨٥	٢٠,٦	٦	٢١٣	٢٣,٧	٢	١٩٥	٢١,٧	٩	١٥٢	١٦,٩	٩	١٣	١,٤	٨

أظهرت بيانات الجدول السابق ما يلي :

- أن أسباب قصور وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية يرجـــع إلى قلة البرامج الحوارية والتحقيقات المتابعة للموضوعات والقضايا الصحية بنسبة 14% وتركيز وسائل الإعلام على موضوعات صحية معينة وإهمال موضوعات أخرى بنسبة 12.8% وضيق المساحة أو الوقت أو المساحة المخصصة بوسائل الإعلام لتغطية الموضـــوعات بنسبة 12% وعدم الوضوح والبساطة في عرض الرسالة الصـــحية بنسبة 11.8% والإكثار من الحديث حول العلاج بالطب البـــديل أو الوصفات البديلة والشعبية بنسبة 11.3%، ضعف كفاءة المتحدث أو القائم بالاتصـــال أو المتحـــدث بوســـائل الإعـــلام فـــي التوعيـــة بالموضوعات الصحية بنسبة 10.1%، وجاء في المرتبـــة الأخيـــرة الاستخدام المحدود للصور والأفلام التي تشخص الأمـــراض بنســـبة 8.7%.

وعلى مستوى النتائج التفصيلية للجدول السابق يمكن توضيح ما يلي :

- جاءت أسباب قصور القنوات الفضائية فـــي تنـــاول الموضـــوعات الصحية إلى التركيز على الحديث نحو موضوعات صحية وإهمـــال موضوعات أخرى حيث بلغ المتوسط الوزنى 28.6 ثم الإكثار مـــن الحديث حول أساليب العلاج بالطب البديل بمتوســـط وزنـــى 28.0، ضيق الوقت أو المساحة لتغطية الموضوعات الصحية بمتوسط وزنى 23.6، والاستخدام المحدود للصور والأفلام التي تشخص الأمراض بمتوسط وزنى 22.0، وقلة البرامج الحوارية والتحقيقات المتابعـــة للموضوعات الصحية بمتوســـط وزنـــى 21.3، وعـــدم الوضـــوح

والبساطة في عرض الرسالة الصحية بمتوسط وزنى 20.8، وتشير هذه النتائج إلى أوجه القصور التي يعانى منها القنوات الفضائية مما يؤكد الحاجة إلى إحداث نوع من التوجيه والتعديل على بعض البرامج والموضوعات مع الاهتمام بالمعلومات وتأكيدها وسرعة نقلها بموضوعية.

- وتحددت أوجه قصور الراديو في قلة البرامج الحوارية والتحقيقات التي تتناول الموضوعات والقضايا الصحية بمتوسط وزنى 28.4، ضعف كفاءة القائم بالاتصال أو المتحدث في التوعية بالأمراض بمتوسط وزنى 23.7، عدم الوضوح والبساطة في عرض البرامج الإذاعية الصحية بمتوسط 23.1، والتركيز على موضوعات وبرامج صحية معينة وإهمال موضوعات أخرى 21.9، ضيق الوقت أو المساحة المتخصصة للبرامج الإذاعية 21.3، والاستخدام المحدود للصور والأفلام التي تشخص الأمراض بمتوسط 19.6% وهذه نتيجة منطقية لعدم قدرة الراديو على عرض الصور والأفلام والتي توضح تشخيص الأمراض. ثم عدم عرض وجهات النظر المختلفة للمتحدثين في البرامج حول الموضوعات الصحية بمتوسط 18.
- وتمثلت أوجه قصور الصحف والمجلات في قلة الأحاديث والتحقيقات الصحفية للقضايا والموضوعات الصحية بمتوسط وزنى 30.3، ضيق المساحة المخصصة بالصحف والمجلات لتغطية الموضوعات الصحية بمتوسط 28.6، والتركيز على موضوعات صحية معينة وإغفال موضوعات أخرى بمتوسط 27.4، عدم الوضوح والبساطة

في عرض الرسالة الصحية بمتوسط 24.1، عدم عــرض وجهــات النظر المختلفة بدقة نحو الموضوعات الصحية 20.8.

- اختلفت أوجه قصور الإنترنت في تناوله للموضـــوعات والقضـــايا الصحية حيث جاء التركيز على موضوعات وقضايا صحية معينـــة وإهمال موضوعات أخرى من أهم أوجه القصور والانتقادات التـــي وجهت للإنترنت حيث بلغ المتوسط الوزنى 4.6.

وباستعراض نتائج الجدول السابق:

- وجدت علاقة ارتباطيه بشأن الانتقادات الموجهة من المرأة لوســائل الإعلام في تناولها للموضوعات والقضايا الصحية حيث بلغ معامــل سبيرمان بين الصحف والراديو 0.73 عند مستوى معنويـــة 0.03 وبين الصحف والتليفزيون 0.55 عند مستوى معنوية 0.02، وبـــين التليفزيون والقنوات الفضائية 0.45 عند مســـتوى معنويـــة 0.02، وبين التليفزيون والإنترنت 0.512 عند مستوى معنوية 0.02.
- كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة 37.9 وهى أقل من قيمة كا2 الجدولية 50.9 عند درجة حرية = 32 ومستوى ثقة 99%.
- وتعكس هذه النتائج خطأ الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بـــين وسائل الإعلام بشأن أسباب قصور وسائل الإعلام واعتماد المـــرأة عليها كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية.

١٨ – العلاقة بين اتجاهات المرأة المصرية والتأثيرات الناتجة المترتبة عن اعتمادها على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية:

جدول (١٩)

يوضح العلاقة بين اتجاهات عينة الدراسة والتأثيرات الناتجة المترتبة على اعتماد المرأة لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية

التأثيرات	وسائل الإعلام / درجة الاتجاه	الصحف والمجلات								الراديو							
		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
معرفية	التعرف على أسباب وخطورة الأمراض والقضايا الصحية	١٩٢	٥٤,١	١٢٢	٣٤,٤	٤١	١١,٥	٣٥٥	١٠٠	١٥١	٤٤,٤	١٧٢	٥٠,٦	١٧	٥	٣٤٠	١٠٠
	اكتساب مهارات وتعلم طرق الوقاية من الأمراض	١٧٢	٤٨,٤	١٣١	٣٦,٩	٥٢	١٤,٧	٣٥٥	١٠٠	١١٤	٣٣,٥	١٣٢	٣٨,٨	٩٤	٢٧,٧	٣٤٠	١٠٠
	تكوين مفاهيم واتجاهات وآراء نحو الموضوعات والقضايا الصحية	١٢٥	٣٥,٢	١٦٠	٤٥,١	٧٠	١٩,٧	٣٥٥	١٠٠	١٥٧	٤٦,٢	١٤١	٤١,٥	٤٢	١٢,٣	٣٤٠	١٠٠
	معرفة الآثار والنتائج المستقبلية الناتجة عن الإصابة بالأمراض والقضايا الصحية	١٨١	٥١	١٥٢	٤٢,٨	٢٢	٦,٢	٣٥٥	١٠٠	١٧٥	٥١,٥	١٣٢	٣٨,٨	٣٣	٩,٧	٣٤٠	١٠٠
وجدانية	الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض	٩٢	٢٥,٩	١٥١	٤٢,٥	١١٢	٣١,٦	٣٥٥	١٠٠	٧٢	٢١,٢	١٦٢	٤٧,٦	١٠٦	٣١,٢	٣٤٠	١٠٠
	التعاطف مع المرضى المصابين بأنواع مختلفة بالأمراض	٢٠٥	٥٧,٧	١٣٧	٣٨,٦	١٣	٣٦,٧	١٥٥	١٠٠	١٨٢	٥٣,٥	١٣٦	٤٠	٢٢	٦,٥	٣٤٠	١٠٠
	اللامبالاة والشعور بالوحدة والعزلة تجاه الأمراض والقضايا الصحية	٣١	٨,٧	٩٨	٢٧,٦	٢٢٦	٦٣,٧	٣٥٥	١٠٠	٥٧	١٦,٨	٨١	٢٣,٨	٢٠٢	٥٩,٤	٣٤٠	١٠٠
سلوكية	القيام بأنشطة خيرية والمشاركة بالتبرعات لعلاج المواطنين من الأمراض	١٤٢	٤٠	١٧١	٤٨,٢	٤٢	١١,٨	٣٥٥	١٠٠	١١٧	٣٤,٤	١٨٧	٥٥	٣٦	١٠,٦	٣٤٠	١٠٠
	التخطيط والتأييد للحملات التوعوية لإنقاذ المرضى وعلاجهم	٩٨	٢٧,٦	١٨٢	٥١,٣	٧٥	٢١,١	٣٥٥	١٠٠	١٠٦	٣١,٢	١٨١	٥٣,٢	٥٣	١٥,٦	٣٤٠	١٠٠
	دعم المؤتمرات والندوات مع عمل قوافل علاجية للمرضى في المناطق الريفية والنائية	١٧٢	٤٨,٥	١٣٢	٣٧,٢	٥١	١٤,٣	٣٥٥	١٠٠	١١٧	٣٤,٤	١٩٦	٥٧,٦	٢٧	٧	٣٤٠	١٠٠

تابع جدول (١٩)

يوضح العلاقة بين اتجاهات عينة الدراسة والتأثيرات الناتجة المترتبة على اعتماد المرأة لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية

التأثيرات	وسائل الإعلام / درجة الاتجاه	التليفزيون								القنوات الفضائية							
		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع		موافق جدا		موافق إلى حدا ما		غير موافق		المجموع	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
معرفية	التعرف على أسباب وخطورة الأمراض والقضايا الصحية	٢٠٥	٥٢,٣	١٦٢	٤١,٣	٢٥	٦,٤	٣٩٢	١٠٠	١٨١	٤٥,٧	٢٠١	٥١,٣	١٤	٣,٦	٣٩٦	١٠٠
	اكتساب مهارات وتعلم طرق الوقاية من الأمراض	١٥٢	٣٨,٨	١٧١	٤٣,٦	٦٩	١٧,٦	٣٩٢	١٠٠	١٦١	٤٠,٧	١٨٣	٤٦,٢	٥٢	١٣,١	٣٩٦	١٠٠
	تكوين مفاهيم واتجاهات وآراء نحو الموضوعات والقضايا الصحية	١٣٢	٣٣,٧	١٩٢	٤٨,٩	٦٨	١٧,٤	٣٩٢	١٠٠	١٩٢	٤٨,٥	١٧٢	٤٣,٤	٣٢	٨,١	٣٩٦	١٠٠
	معرفة الآثار والنتائج المستقبلية الناتجة عن الإصابة بالأمراض والقضايا الصحية	٢٠١	٥١,٣	١٥٠	٣٨,٣	٤١	١٠,٤	٣٩٢	١٠٠	٢١٧	٥٤,٨	١٤٥	٣٦,٦	٣٤	٨,٦	٣٩٦	١٠٠
وجدانية	الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض	١٤١	٣٦	٢٢٠	٥٦,١	٣١	٧,٩	٣٩٢	١٠٠	١٦٢	٤٠,٩	١٩٢	٤٨,٥	٤٢	١٠,٦	٣٩٦	١٠٠
	التعاطف مع المرضى المصابين بأنواع مختلفة بالأمراض	٢١١	٥٣,٨	١٥٩	٤٠,٦	٢٢	٥,٦	٣٩٢	١٠٠	٢٠٣	٥١,٣	١٦٧	٤٢,٢	٢٦	٦,٥	٣٩٦	١٠٠
	اللامبالاة والشعور بالوحدة والعزلة تجاه الأمراض والقضايا الصحية	٧٩	٢٠,٢	٩٨	٢٥	٢١٥	٥٤,٨	٣٩٢	١٠٠	٩٢	٢٣,٢	٨٢	٢٠,٧	٢٢٢	٥٦,١	٣٩٦	١٠٠
سلوكية	القيام بأنشطة خيرية والمشاركة بالتبرعات لعلاج المواطنين من الأمراض	١٧٢	٤٣,٩	١٩٠	٤٨,٥	٣٠	٧,٦	٣٩٢	١٠٠	١٩٥	٤٩,٢	١٨١	٤٥,٧	٢٠	٥,١	٣٩٦	١٠٠
	التخطيط والتأييد للحملات التوعوية لإنقاذ المرضى وعلاجهم	١٠٦	٢٧,١	١٨٧	٤٧,٧	٩٩	٢٥,٢	٣٩٢	١٠٠	١٢٧	٣٢,١	١٩٢	٤٨,٥	٧٧	١٩,٤	٣٩٦	١٠٠
	دعم المؤتمرات والندوات مع عمل قوافل علاجية للمرضى في المناطق الريفية والنائية	١٥٧	٤٠,١	١٧٢	٤٣,٩	٦٣	١٦	٣٩٢	١٠٠	١٨٧	٤٧,٢	١٩٥	٤٩,٣	١٤	٣,٥	٣٩٦	١٠٠

تابع جدول (١٩)

يوضح العلاقة بين اتجاهات عينة الدراسة والتأثيرات الناتجة المترتبة على اعتماد المرأة لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية

التأثيرات / درجة الاتجاه	وسائل الإعلام	الإنترنت: موافق جدا ك	موافق جدا %	موافق إلى حد ما ك	موافق إلى حد ما %	غير موافق ك	غير موافق %	المجموع ك	المجموع %
معرفية	التعرف على أسباب وخطوة الأمراض والقضايا الصحية	٥٢	٣٨,٥	٧١	٥٢,٦	١٢	٨,٩	١٣٥	١٠٠
	اكتساب مهارات وتعلم طرق الوقاية من الأمراض	٦١	٤٥,٢	٥٢	٣٨,٥	٢٢	١٦,٣	١٣٥	١٠٠
	تكوين مفاهيم واتجاهات وآراء نحو الموضوعات والقضايا الصحية	٤٢	٣١,١	٦٢	٤٥,٩	٣١	٢٣	١٣٥	١٠٠
	معرفة الآثار والنتائج المستقبلية الناتجة عن الإصابة بالأمراض والقضايا الصحية	٧١	٥٢,٦	٥٢	٣٨,٥	١٢	٨,٩	١٣٥	١٠٠
وجدانية	الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض	٧٥	٥٥,٦	٤٦	٣٤,١	١٤	١٠,٣	١٣٥	١٠٠
	التعاطف مع المرضى المصابين بأنواع مختلفة بالأمراض	٩٢	٦٨,١	٣٥	٢٥,٩	٨	٦	١٣٥	١٠٠
	اللامبالاة والشعور بالوحدة والعزلة تجاه الأمراض والقضايا الصحية	١٤	١٠,٤	٤٢	٣١,١	٧٩	٥٨,٥	١٣٥	١٠٠
سلوكية	القيام بأنشطة خيرية والمشاركة بالتبرعات لعلاج المواطنين من الأمراض	٦٥	٤٨,١	٦١	٤٥,٢	٩	٦,٧	١٣٥	١٠٠
	التخطيط والتأييد للحملات التوعوية لإنقاذ المرضى وعلاجهم	٤٢	٣١,١	٧١	٥٢,٦	٢٢	١٦,٣	١٣٥	١٠٠
	دعم المؤتمرات والندوات مع عمل قوافل علاجية للمرضى في المناطق الريفية والنائية	٧٢	٥٣,٣	٤٨	٣٥,٦	١٥	١١,١	١٣٥	١٠٠

تعكس بيانات الجدول السابق ما يلي :

- جاءت التأثيرات المعرفية في المرتبة الأولى من جملة تأثيرات وسائل الإعلام (الصحف والراديو والتليفزيون والقنوات الفضائية والإنترنت) وتمثلت هذه التأثيرات في التعرف على أسباب وخطورة الأمراض والقضايا الصحية بنسب تتراوح 54.1% للصحف، 52.3% للتليفزيون، 45.7% للقنوات الفضائية في حين جاءت معرفة الآثار والنتائج المستقبلية الناتجة عن الإصابة بالأمراض بنسبة 54.8% للقنوات الفضائية، 52.6% للإنترنت، 51.3% للتليفزيون، 51% للصحف بينما جاء اكتساب مهارات وتعلم طرق الوقاية من الأمراض 48.4% للصحف، 40.7% للقنوات الفضائية 38.8% للتليفزيون، 33.5% للراديو.

- وتتفق هذه النتائج مع دراسة وجدي حلمي (2006) حيث جاءت التأثيرات المعرفية في المرتبة الأولى من جملة تأثيرات وسائل الإعلام (قنوات فضائية، إنترنت، الراديو، الصحف) في التوعية الصحية تجاه بعض الموضوعات والقضايا الصحية(54).
- وتمثلت التأثيرات الوجدانية والتي جاءت في الترتيب الثاني من جملة تأثيرات وسائل الإعلام في التعاطف مع المرضى المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض 68.1% للإنترنت، 57.7% للصحف والمجلات، 53.8% للتليفزيون، 51.3% للقنوات الفضائية، في حين جاء الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض 56.1% للتليفزيون، 48.5% للقنوات الفضائية، 47.5% للراديو، 42.5% للصحف والمجلات.
- وتحددت التأثيرات السلوكية في المرتبة الثالثة وتمثلت في القيام بأنشطة خيرية والمشاركة بالتبرعات لعلاج المرضى بنسب 49.2% للقنوات الفضائية، 48.1% للإنترنت، 43.9% للصحف، 34.4% للراديو، في حين جاء دعم المؤتمرات والندوات مع عمل قوافل علاجية للمرضى بنسب 53.3% للإنترنت، 48.5% للصحف والمجلات، 47.2% للقنوات الفضائية، 40.1% للتليفزيون، 34.4% للراديو.
- كما أشارت نتائج الجدول السابق إلى : وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين وسائل الإعلام والتأثيرات المعرفية والوجدانية والسلوكية المترتبة عن اعتماد المرأة عليها إذ بلغت قيمة كا2 المحسوبة 147.5 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 63.6 عند

درجة حرية = 36 ومستوى ثقة 99%. مما يؤكد صـــحة الفــرض القائل بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اعتماد المرأة المصـــرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والتأثيرات المعرفية والوجدانية والسلوكية الناتجة عن هــذا الاعتماد.

** ** **

النتائج

توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج لعل من أبرزها ما يلي :

- أن وسائل الإعلام تهتم دائما بموضوعات تنمية الوعي الصحي لدى عينة الدراسة حيث بلغت النسب لكل من القنوات الفضائية 53%، والتليفزيون 41.3%، الصحف 40.3%، الإنترنت 36.3%، والراديو 29.4%، وتشير هذه النتيجة إلى اهتمام القنوات الفضائية بالاهتمام الدائم بتناول موضوعات ترتبط بالمعلومات والقضايا الصحية وقد يرجع ذلك إلى تعدد وانتشار القنوات والبرامج الصحية وخاصة القنوات الصحية المتخصصة والتي يمتد إرسالها إلى ما يقرب من 24 ساعة.
- جاء مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي في المرتبة الأولى من حيث نوعية الأمراض التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من خلال وسائل الإعلام واحتلت القنوات الفضائية الترتيب الأول بنسبة 63.6%. في حين جاء مرض السرطان في الترتيب الثاني بنسبة 58.3%، ثم مرض السكر بنسبة 55.8%، ثم مرض البلهارسيا بنسبة 52.1% ثم الفشل الكبدي 43.4%، ثم أمراض النساء والولادة بنسبة 40.9%، بينما تقاربت نسب أمراض العيون، الأسنان، الحمى الروماتيزمية، ضغط الدم.
- جاء موضوع تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية في الترتيب الأول من حيث الموضوعات الصحية التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من وسائل الإعلام وذلك بنسبة 52.7%، ثم جاء موضوع التغذية

السليمة في الترتيب الثاني بنسبة 47.1%، ثم أهمية الأدوية العلاجية للمرضة بنسبة 38%، ثم التربية الصحية للأطفال بنسبة 37.2%، التأمين الصحي بنسبة 31.5%، كما أظهرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه بخصوص نوعية الموضوعات الصحية التي يحرص على متابعتها عينة الدراسة من قبل الإعلام واعتمادهم عليها كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية. حيث بلغت قيمة معامل سبيرمان 0.86 عند مستوى معنوية 0.01. كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة 147.9 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 76.2 عند درجة حرية = 48 ومستوى ثقة 99%. وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين اعتماد عينة الدراسة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات ونوعية الموضوعات الصحية التي يحرصون على متابعتها من خلال وسائل الإعلام.

- وعن وجود علاقة ارتباطيه بين المتغيرات الديموجرافية لعينة الدراسة والاعتماد على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية أظهرت النتائج بالنسبة للصحف بوجود علاقة ارتباطيه بين قراءة الصحف وكل من الحالة الاجتماعية والسن والمستوى التعليمي ومحل الإقامة. كما أظهرت النتائج بالنسبة للراديو وجود فروق دالة إحصائية بين الاستماع للراديو وكل من المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومحل الإقامة، ووجود دخل خاص لدى عينة الدراسة.
- وبخصوص التليفزيون وجدت فروق دالة إحصائية بين مشاهدة التليفزيون وكل من المستوى التعليمي، والسن والحالة الاجتماعية

لدى عينة الدراسة وتعكس هذه النتائج أن ارتفاع المستوى التعليمـــي لدى المرأة المصرية يؤثر على درجة التعرض لوسائل الإعلام حيث يتمتع الأفراد ذوى المستوى التعليمي المرتفع بقدرات ذهنية مرتفعة، كما أنهم يتفاعلون مع وسائل الإعلام بشكل أكثر إيجابية عن غيرهم الأقل تعليما.

- وبالنسبة للقنوات القضائية أظهرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطيه بين مشاهدة القنوات الفضائية وبين كل من السن، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومحل الإقامة لدى المرأة المصرية في اعتمادها على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.
- أما بخصوص الإنترنت فقد أظهرت النتائج أيضًـا بوجــود علاقــة ارتباطيه دالة إحصائية بين التصفح عبر الإنترنت وكل من المستوى التعليمي، والسن، والحالة الاجتماعية ومحل الإقامة ووجــود دخــل خاص لأفراد العينة. وهذه النتائج السابق الإشارة إليها تؤكد صــحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه كمصـــدر للمعلومــات نحــو الموضوعات والقضايا الصحية.
- جاءت مشكلات الصحة العامة في الترتيب الأول من حيث القضايا والمشكلات الصحية التي يحرص على متابعتها عينة الدراســة مــن خلال الصحف في حين جاءت مشكلة الزيادة الســكانية فــي نفــس الترتيب من خلال مشاهدة التليفزيون، بينما جاءت مشكلات الأمراض المتوطنة والعصرية من حيث القضايا والمشكلات الصــحية لأفــراد العينة من خلال التصفح عبر الإنترنت وعكست نتائج الدراسة وجود

فروق دالة إحصائيا بشأن اعتماد المرأة على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات في تناولها للقضايا والمشكلات الصحية حيث بلغت قيمة معامل سبيرمان 0.9 عند مستوى معنوية 0.01، وبلغت قيمة كا2 المحسوبة 78.6 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 49.5 عند درجة حرية = 24 ومستوى ثقة 99%.

- أكدت نتائج الدراسة أيضًا صحة الفرض لقائل بوجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الاعتماد على وسائل الإعلام ودرجة الثقة في اعتماد عينة الدراسة في الحصول على المعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.
- أثبتت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين الأسباب التي يفضلها عينة الدراسة واعتمادهم على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية، حيث بلغت قيمة معامل سبيرمان بين الصحف والتليفزيون 0.7، والقنوات الفضائية ولتليفزيون الواحد الصحيح، والتليفزيون والإنترنت 0.8، كما بلغت قيمة كا2 المحسوبة 54.9 وهى أكبر من قيمة كا2 الجدولية 37.6 عند درجة حرية 20 ومستوى ثقة 99%. وهذه النتائج تؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين وسائل الإعلام بشأن أسباب اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية.
- أشارت نتائج الدراسة أن دوافع تعرض المرأة المصرية لوسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية عموما يرجع إلى دافع الفهم في المرتبة الأولى، ثم دافع التوجيه في

المرتبة الثانية، ودافع التسلية في المرتبة الثالثة، ووفقا لنموذج الاعتماد على وسائل الإعلام تكشف لنا النتائج السابقة إلى أن اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات الصحية يحقق هدفين رئيسيين هما دافع الفهم ثم دافع التوجيه.

- عكست نتائج الدراسة بوجود فروق دالة إحصائيا بين دافع الفهم وتعرض المرأة المصرية للقنوات الفضائية والسن حيث بلغت قيمة (ف 2.59) عند مستوى معنوية 0.51 وجاءت لصالح الفئة العمرية من (40 < 50).
- كما وجدت فروق دالة إحصائيا بين دافع الفهم وتعرض المرأة المصرية للتليفزيون وبين الحالة الاجتماعية حيث بلغت قيمة (ف 2.36) عند مستوى معنوية 0.05 وجاءت لصالح الفتيات، وكذلك بين دافع الفهم والاستماع للراديو حيث بلغت قيمة (ف 1.58) عند مستوى معنوية 0.37 وجاءت لصالح الفئة متزوجة.
- كما أشارت النتائج في هذا الاتجاه أيضًا بوجود فروق دالة إحصائيا بين دافع التوجيه والتعرض للصحف وسماع الراديو ومشاهدة التليفزيون والقنوات الفضائية والمستوى التعليمي لدى المرأة المصرية. وهذا يؤكد صحة الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين دوافع التعرض لوسائل الإعلام واعتماد المرأة المصرية عليها كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية.
- أشارت نتائج الدراسة خطأ الفرض القائل بوجود علاقة ارتباطيه بين وسائل الإعلام بخصوص أسباب قصور وسائل الإعلام واعتماد

المرأة عليها كمصدر للمعلومات والقضايا الصحية حيث بلغت قيمة كا2 المحسوبة 37.9 وهى أقل من قيمة كا2 الجدولية 50.9 عند درجة حرية = 32 ومستوى ثقة 99%.

- جاءت التأثيرات المعرفية في المرتبة الأولى من جملة تأثيرات وسائل الإعلام وتمثلت هذه التأثيرات في التعرف على أسباب وخطورة الأمراض، ثم التعرف على الآثار والنتائج المستقبلية الناتجة عن الأمراض ثم اكتساب مهارات وتعلم طرق جديدة للوقاية من الأمراض. في حين جاءت التأثيرات الوجدانية في الترتيب الثاني من جملة تأثيرات وسائل الإعلام وتمثلت في التعاطف مع المرضى المصابين بأنواع مختلفة من الأمراض، ثم الخوف والقلق من الإصابة بالأمراض وجاءت التأثيرات السلوكية في المرتبة الثالثة وتمثلت في القيام بأنشطة خيرية والمشاركة بالتبرعات لعلاج المرضى بنسب 49.2% للقنوات الفضائية، 48.1% للإنترنت، 43.9% للصحف، 34.4% للراديو، ثم عمل قوافل علاجية للمرضى في الترتيب الثاني من جملة التأثيرات السلوكية. كما أكدت نتائج الدراسة بهذا الشأن بوجود فروق دالة إحصائيا بين اعتماد المرأة المصرية على وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات نحو الموضوعات والقضايا الصحية والتأثيرات المعرفية والوجدانية والسلوكية الناتجة عن هذا الاعتماد.

□□□ □□□

المراجع

1. مرفت التلاوى، المرأة والمواطنة والتنميـــة، المجلـــس القـــومي للمرأة، المؤتمر الأول، مارس 2000، ص 10 13.
2. ليلى عبد المجيد، موقع المرأة المصرية على خريطة السياســـات الإعلامية، مجلة الدراسات الإعلامية، العـــدد 60، 1990، ص 57.
3. محمد محمود نصار، إستراتيجية الرعاية الطبية العلاجية، دورية المجالس القومية المتخصصة، العدد الرابع (القـــاهرة: المجـــالس القومية المتخصصة، 1994)، ص 36.
4. R. Rice and C. Akin (1993): *"Public communication campaigns"*, London, Sage Publication. 2nd ed. P. 156.
5. سوزان يوسف القلينى، انعكاسات تعرض الطفل للتليفزيون على ثقافته الصحية: دراسة مقارنة على عينة مـــن أطفـــال الريـــف والحضر، المجلة المصرية لبحوث الإعـــلام، العـــدد الســـادس (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، أكتوبر ديسمبر 1999)، ص47.
6. ميرفت محمد كامل، تأثير وسائل الاتصال على تنميـــة الـــوعي الصحي في مصر، رسالة ماجســـتير غيـــر منشـــورة (جامعـــة القاهرة، كلية الإعلام، 1986)، ص 10.
7. مصطفى عبد الفتاح، أثر نشرات الأخبار والبـــرامج للأحـــداث الجارية في التليفزيون في تزويد المشاهدين بالمعلومات والأفكار،

دراسة تطبيقية على المشاهدين في دولة قطر، رســالة دكتــوراه غير منشورة، (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، 1987)، ص 47.

8. سلوى إمام، استطلاع رأى حــول الإعــلام الصــحي، المجلــة المصرية لبحوث الرأي العام، العدد الثاني (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ابريل يونيه 2000)، ص3.

9. بشار مظهر، دور التليفزيــون اليمنــى فــي إمــداد الجمهــور بالمعلومات الصحية، رسالة ماجستير غيــر منشــورة (جامعــة القاهرة، كلية الإعلام، 2003)، ص 18.

10. صابر سليمان عسران، دور التليفزيون المصري في تنمية الوعي الصحي للمرأة الريفية في مؤتمر التنمية الريفية: القاهرة، جامعة عين شمس، 16 19 أكتوبر 1995.

11. Smith Penelope Carol (1996): *An analysis of health promotion use in organization with in the United States*. PhD. Degree, Michigan State University. Dissetation Abstracts International, Vol. 58-01A, P. 100.

12. حسن إبراهيم مكي، الاتصال الجماهيري كمصــدر للمعلومــات الصحية في المجتمع الكويتي، المجلة المصرية لبحوث الإعلام، العدد الأول (جامعة القاهرة: كلية الإعــلام، 1997) ص 129 148.

13. Gray Arguello Richardo (1998): *Influence of radio plays on adult peasant's attitude and knowledge*,

Ph.D. Degree Kansas State University. Dissertation abstracts International, Vol. 59-05A, P. 1428.

14. هاني عبد المحسن جعفر، توظيف التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، 1998).

15. عزة الكحكي، الآثار المعرفية للحملات الإعلانية للتليفزيون على الجمهور المصري، رسالة دكتوراه، غير منشورة (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، 1998).

16. سوزان يوسف القليني، انعكاسات تعرض الطفل للتليفزيون على ثقافته الصحية، المجلة المصرية لبحوث الإعلام، العدد الخامس (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، 1999)، ص 47 58.

17. Jardian Douglas (2000): *The big sister's school of health: explicit and implicit health instruction in four women's magazines*, Ph.D. Degree, Arizona State Universit, Dissertation Abstracts International, Vol. 61-02A, P. 787.

18. سلوى محمد إمام، مرجع سابق، ص 16.

19. Konphilanthasue-Hwa (2001): *Girl heath, girl power: representation of girl health issues in contemporary mass media and the effect of the media on girls behaviors.* Ph.D. Degree University

of Southern California. Dissertation Abstracts International, Vol. 63-05A, P. 1610.

20. مها محمد الطربيشى، انعكاسات التعرض للصحف الإلكترونية والورقية على الثقافة الصحية للشباب المصري، المؤتمر العلمي الثانوي السابع بعنوان الإعلام وحقوق الإنسان العربي، الجزء الأول (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، مايو 2001) ص189 243.

21. علاء عبد المجيد الشامي، دور الاتصال المباشر والراديو والتليفزيون في نشر المعلومات الصحية، رسالة ماجستير، غير منشورة (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، قسم الإذاعة، 2001).

22. أحمد ريان باريان، دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة لسعودية بمدينة الرياض، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، غير منشورة (جامعة الملك سعود، كلية الآداب، قسم الإعلام، 2004).

23. Edelman Deborah (2004): *Radio for health: A multi-method analysis of radio broadcasting as a means of promoting public health.* Ph.D. Degree, University of California. Berkelay Dissertation Abstracts International, Vol. 65-09B, P. 452.

24. وجدي حلمي عبد الظاهر، دور قناة نفرتيتي في إمداد الجمهور المصري بالمعلومات الصحية في إطار نظريتي فجوة المعرفة

والاعتماد، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة المنيا: كلية الآداب، قسم الإعلام، 2005).

25. وسام محمد أحمد، دور حملات التوعية في الراديو والتليفزيون في التثقيف الصحي للمرأة المصرية، رسالة دكتوراه، غير منشورة (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، قسم الإذاعة، 2006).

26. شيرين صلاح كمال، دور قناة حورس الفضائية في خدمة القطاع الصحي في مصر، دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحقل الطبي، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، قسم الإذاعة، 2007).

27. مهيتاب ماهر الرافعي، معالجة الصحافة المصرية للقضايا الصحية، دراسة تطبيقية على صحف الأهرام والوفد والأسبوع، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الزقازيق: كلية الآداب، قسم الإعلام، 2008).

28. هالة سمير محمود، دور وسائل الاتصال في تشكيل معارف واتجاهات الجمهور المصري نحو القضايا الصحية، رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، قسم العلاقات العامة والإعلان، 2010).

29. سمر عز الدين جلال، المعالجة الصحفية للشئون الطبية في الصحف المصرية وعلاقتها بالمسئوليات الأخلاقية والمهنية دراسة في المضمون والقائم بالاتصال، رسالة ماجستير، غير منشورة (جامعة المنيا، كلية الآداب، قسم الإعلام، 2011).

30. ملفين ل. ديفليد، ساندرا بول روكتش، نظريات وسائل الإعــلام، ترجمة: كمال عبد الرؤوف (القــاهرة: الــدار الدوليــة للنشــر والتوزيع، 1993)، ص 224.
31. محمد عبد الحميد نظريات الإعــلام واتجاهــات التــأثير، ط1 (القاهرة: عالم الكتب، 1997) ص 140 141.
32. محمود حسن إسماعيل، مبادئ علم الاتصال ونظريات التــأثير، ط1 (القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع، 2003)، ص71.
33. ملفين ديفلير، ساندرا بول روكتش، مرجع سابق، ص 223.
34. حسن عماد مكاوي، ليلى حسين الســيد، الاتصــال ونظرياتــه المعاصرة، (القاهرة: الدار المصــرية اللبنانيــة، 1998)، ص 314.
35. Merner J. Sever in and james Tankard, J. *Communication theories origins methods and uses in the mass media 4th ed.* New York: Hasting House Publication, 1997, PP. 255-265.
36. حسن عماد مكاوي، ليلى حسين الســيد، الاتصــال ونظرياتــه المعاصرة، مرجع سابق، ص315.
37. المرجع السابق، ص 320.
38. Melvin L. Defleur and Sandra J. Ball-Rokeach (1982): *Theories of mass communication*, 4th ed, (New York, Longman, 1982) PP. 241-244.

39. حسن عماد مكاوي، ليلى حسين السيد، مرجع ســابق، ص 325 .329

40. Melvbin L. Defleur and Sandra Ball-Rokeach, *Op. Cit.,* PP. 242-250.

41. ملفين ديفلير، ساندرا بول روكيتش، مرجـــع ســابق، ص 425 .429

42. Roger D. Wimmer and Joseph, P. Dominick. *Mass Media Research*. An Introduction 2nd ed. California Wood Worth Publising Company, 1987, P. 102.

43. Paul D. Leedy, *Practical Research: planning and design 5th ed.* New York, MacMillan Publishing Company, 1993, P. 143.

44. سمير محمد حسين، تطبيقات في مناهج البحث العلمي، القاهرة: عالم الكتب، 1991، ص 97.

* شارك في تحكيم صحيفة الاستقصاء والحكم عليها لتحقيق أهداف البحث كل من:

أ.د./ ماجي الحلواني حسين أستاذ الإذاعة وعميــد الأكاديميــة الدولية لعلوم الإعلام.

أ.د./ إسماعيل حسن عبد الباري أستاذ علــم الاجتمــاع بكليــة الآداب، جامعة الزقازيق.

أ.د./ عدلي سيد رضا أستاذ ورئيس قسم الإذاعة بكلية الإعــلام جامعة القاهرة.

أ.د./ أحمد محمد محمود أستاذ الباطنة بكليـــة الطـــب، جامعـــة الزقازيق.

أ.د./ صابر سليمان عسران أستاذ الإذاعة بكلية الإعلام جامعة القاهرة.

45. Arther Asa Berger (1994): *Media Research Techniques*, 2nd ed. London: Sage Publication, P. 85.

46. Rea, M.L. and Parker (1992): *Designing and Conducting Survey Research*, San Francisco Jossy-Bass Publisher, PP. 65-67.

47. Frederick Williams, et al. (1993): *Research Methods and The New Media*, New York: Wood Worth Publishing Company, P. 140-143.

48. هالة سمير محمود، مرجع سابق، ص 323.

49. علاء عبد المجيد الشامي، مرجع سابق، ص 412.

50. صابر سليمان عسران، دور المسلسلات العربية التليفزيونية فـــي التوعية الصحية للمرأة الريفية، المجلة المصرية لبحوث الإعلام، العدد الحادي عشر (جامعة القاهرة: كلية الإعلام، 2003)، ص 158.

51. Blumer J. and Mcquail. *Television in politics: It's uses and influence*, Chicago, Illinois University Press, 1993.

52. Donohew L., Palmgreen P. and Ray Burn (1989): *Social and Psychological origins of media use: A life style analysis in journal of broadcasting and electronic media*, Vol. 3, PP. 255-258.

53. ميرفت كامل الطرابيشـــى، دور وســـائل الاتصـــال فـــي نقـــل المعلومات الصحية للمرأة الريفية، المجلـــة المصـــرية لبحـــوث الإعلام، العدد الحادي عشر، (جامعة القاهرة: كليـــة الإعـــلام، 2001)، ص 116.

54. وجدي حلمي عبد الظاهر، مرجع سابق، ص 257.

□□□ □□□

تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وعلاقتها بمستوى المعرفة الصحية لديهم

مقدمة الدراسة:

منذ ظهور الإنترنت وأصبح وسيلة إعلامية متميزة لهـا خصائصـها وسماتها التي تتميز بها عن أي وسيلة أخرى، فلقد ألغي الإنترنـت تقريبًـا النموذج الخطي التقليدي للاتصال بما يتضـمنه مـن قيـود علـى العمليـة الاتصالية، فقد كان هذا النموذج يعطي سلطة كبيرة وربمـا مطلقـة للقـائم بالاتصال، وكانت العلاقة بين المرسـل والمسـتقبل أقـرب إلـى العلاقـة الاستبدادية، أما بعد ظهور الإنترنت فلم يعد للمرسل أو لبنية الاتصال نفسها تلك السلطة المطلقة على المستقبل، إذ يمنح الاتصال عبر شـبكة الإنترنـت المستقبل صلاحيات وحرية أكبر في الوصول إلى ما يريده من رسائل علـى الشبكة دون قهر أو إجبار من بين آلاف الصفحات والمواقع المنتشرة علـى الشبكة في الوقت الذي يريده، وبالتتابع الذي يريحه.(1)

وتزامناً مع التطور التكنولوجي الهائل الذي أحدثه الانترنت، من وسائل تواصل اجتماعي، ومواقع الكترونية في كافة التخصصات، تطورت وسائل الإعلام وامتد التطور للهواتف الذكية حيث أصبح هناك العديد من التطبيقات المختلفة بالعديد من التخصصات يستخدمها مستخدمو الهواتف الذكية بصورة كبيرة، وبصفة خاصة الشباب، حيث أصبحت تطبيقـات الهواتـف الذكيـة والمواقع الالكترونية أسهل وصولاً في أي وقت بالنسبة إلـيهم، فأصـبحت مصدرًا مهمًا للحصول على المعلومات، والتي منهـا التطبيقـات الصـحية والمواقع الالكترونية الصحية التي أصبح يعتمد عليها الكثير من الأفراد فـي الحصول على المعلومات الصحية.

لذا وجدت الباحثة أنه من الأهمية معرفة علاقة تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكيـة بمسـتوى المعرفة الصحية لديهم.

أولاً: تحديد المشكلة البحثية:

نظرًا لانتشار المواقع الالكترونية الصحية، والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية، لاحظت الباحثة استخدام طالبات الجامعة المواقع الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في الحصول على المعلومات الصحية، وبالإطلاع على التراث النظري في موضوع الدراسة تبين بعد البحث ندرة الدراسات التي تناولت العلاقة بين المواقع الإلكترونية الصحية

لذا تبلورت مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما علاقة تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بمستوى المعرفة الصحية لديهم؟

ثانيًا: أهمية الدراسة:

1- تزايد أعداد مستخدمي مواقع الانترنت وتطبيقات الهواتف الذكية كوسيلة للحصول على المعلومات، بين مختلف فئات الجمهور والشباب وبصفة خاصة طالبات الجامعة.
2- في ظل تعدد مشكلات طالبات جامعة أم القرى أصبح من المهم وجود توعية صحية مناسبة وبطرق بسيطة وجذابة في محاولة للمساهمة في حل هذه المشكلات أو تفاديها.
3- يعد الإعلام الصحي أحد المجالات المهمة في إطار التنمية المستدامة عامة والتنمية البشرية خاصة إذ يمكنه أداء العديد من الأدوار على المستوى المجتمعي كالتأثير على الأجندة الصحية العامة للمجتمع بطرح موضوعات وقضايا صحية، ووضعها في

أولوية الاهتمامات المجتمعية والترويج للتغيرات الايجابيــة التــي ستحدث على المستوى الصحي للمجتمع ككل، إذا مــا تــم إتبــاع السلوكيات الصحية السليمة، ومن الأدوار التي يمكن له أدائها على المستوى الفردي زيادة معرفة الأفــراد الموضــوعات الصــحية، والتأثير على اتجاهاتهم وسلوكياتهم الصحية ســواء بالتعــديل أو التغيير.

ثالثًا: أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة فيما يلي:

1- التعرف على معدل تعرض طالبات الجامعــة للمواقــع الصــحية الالكترونية.

2- معرفة معدل تعرض طالبات الجامعة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

3- رصد أكثر المواقع الصحية الالكترونية التي تتعرض لها طالبــات الجامعة.

4- التعرف على أكثر التطبيقات الصحية بــالهواتف الذكيــة التــي تتعرض لها طالبات الجامعة.

5- رصد درجة اعتماد طالبات الجامعــة علــى المواقــع الصــحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في الحصول على المعلومات.

6- معرفة المعلومات التي تهتم بها طالبات الجامعــة فــي المواقــع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

7- معرفة معدل زيادة معرفة طالبات الجامعة الصحية من خلال تعرضها للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.
8- معرفة ما يجذب طالبات الجامعة للتعرض للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.
9- تحديد أيهما تفضل طالبات الجامعة في التعرض المواقع الالكترونية الصحية أم التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وأسباب التفضيل.
10- التعرف على مقترحات العينة لتطوير المواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.
11- معرفة مقترحات طالبات الجامعة حول تطبيقات صحية معينة يحتاجون إليها.
12- التعرف على رأي طالبات الجامعة في استحداث الجامعة لتطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي.
13- رصد مقترحات طالبات الجامعة حول تفعيل تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي.

رابعًا: الإطار النظري للدراسة:

أولاً: نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام:

تعتمد هذه الدراسة علي نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام Mass Media Dependency Theory، ويعد مدخل اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام Dependency جزء من نظرية الاعتماد المتبادل بين وسائل الإعلام والنظم الاجتماعية الذي يشكل بدوره علاقات الجمهور مع هذه الوسائل، فالأفراد مثل النظم الاجتماعية، يقيمون علاقات اعتماد على وسائل الإعلام

لأن الأفراد توجههم الأهداف وبعض أهدافهم تتطلب الوصول إلى مصـــادر تسيطر عليها وسائل الإعلام.[2]

وتذكر أماني السيد أن بلاك وبرينت صنفا هذه النظرية من النظريـــات المتكاملة للأسباب الآتية :

1- تضمنها لعناصر علم الاجتماع، ومفاهيم من علم النفس.
2- تفسيرها للعلاقات السببية بين الأنظمة المختلفة في المجتمع، ممـــا يؤدي إلى تكامل هذه الأنظمة بعضها مع بعض.
3- جمعها للعناصر الرئيسية لنظرية الاستخدامات والإشاعات من جهة ونظرية التأثير التقليدي من جهة أخرى، على الرغم من أن اهتمام هذه النظرية لا يتركز على معرفة التأثير بحد ذاته، وإنما تفســير تراوح التأثير بين القوة والضعف من جانـــب، والمباشــر وغيــر المباشر من جانب آخر.
4- تقديمها لنظرية فلسفية تجمع بين الاهتمـــام بمضـــمون الرســائل والتأثير الذي يصيب الجمهور نتيجة التعرض لهذا المضمون.[3]

ويمكن تلخيص الفكرة الأساسية لنظرية الاعتمـــاد إن قـــدرة وســـائل الاتصال على تحقيق قدر أكبر من التأثير المعرفـــي والعـــاطفي والســـلوكي سوف تزداد عندما تقوم هذه الوسائل بوظائف نقل المعلومات بشكل متميـــز ومكثف، وهذا الاحتمال سوف تزيد قوته في حالة تواجد عدم استقرار بنائي في المجتمع بسبب الصراع والتغيير بالإضافة إلى ذلك فإن فكرة تغيير سلوك ومعارف ووجدان الجمهور يمكن أن تصبح تأثيرًا مرتدًا لتغييـــر كـــل مـــن المجتمع ووسائل الاتصال، وهذا هو معنى العلاقـــة الثلاثيـــة بـــين وســـائل الاتصال والجمهور والمجتمع.[4]

ويقوم مدخل اعتماد الأفراد على وســـائل الإعـــلام علـــى ركيـــزتين أساسيتين هما:

1- **الأهداف:** لكي يحقق الأفراد والجماعات والمنظمات المختلفة أهدافهم الشخصية والاجتماعية، فإن عليهم أن يعتمدوا على موارد يسيطر عليها أشخاص أو جماعات أو منظمات أخرى والعكس صحيح.

2- **المصادر** : يسعى الأفراد والمنظمات إلى المصادر المختلفة التي تحقق أهدافهم الشخصية والاجتماعية فإن عليهم أن يعتمدوا على موارد يسيطر عليها أشخاص أو جماعات أو منظمات أخرى، والعكس صحيح.(5)

ويرجع أسباب اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام في حـــاجتهم إلـــى الحصول على المعلومات وفهم ما يدور في البيئة المحيطة بهم، مما يـــؤدي إلى خلق حاجة من التوجيه لديهم في كيفية التعامل مع المواقف الطارئة (6)، ويهدف مدخل الاعتماد على وسائل الإعلام إلى الكشف عن الأســـباب التـــي تجعل وسائل الإعلام أحيانا قوية ومباشرة وفي أحيان أخـــرى تكـــون لهـــا تأثيرات غير مباشرة وحقيقية إلى حد ما.(7)

ويعتمد الأفراد على وسائل الإعلام لتحقيق الأهداف التالية :

1. فهم ومعرفة ما يدور بالبيئة المحيطة ومعرفة الذات مثل التعلم والحصول على الخبرات وكذلك الفهم الاجتماعي مثل معرفة أشياء من العالم أو الجماعة المحلية وتفسيرها.
2. التوجيه حيث وسائل الإعلام بتوجيه الجمهور في إطار أخلاقيات المجتمع والضوابط الاجتماعية السائدة

3. التسلية : حيث تقوم وسائل الإعلام بتقدم التسلية وموضوعات الترفيه التي تساهم في تحقيق الاسترخاء والتخلص من الملل والهروب من ضغوط الحياة اليومية.[8]

الفروض الرئيسية لنظرية الاعتماد على وسائل الإعلام

يتمثل الفرض الرئيسي لنظرية الاعتماد في قيام الفرد بالاعتماد علـــى وسائل الإعلام لإشباع احتياجاته من خلال استخدام الوسيلة، وكلمـــا لعبـــت الوسيلة دورًا مهمًا في حياة الأشخاص زاد تأثيرها وأصبح دورها أكثر أهمية ومركزية وبذلك تنشأ العلاقة بين شدة الاعتماد ودرجة تأثير الوســـيلة لـــدي الأشخاص، وكلما ازدادت المجتمعات تعقيدًا ازداد اعتماد الأفراد على وسائل الإعلام[9].

كما يقوم النموذج على عدة فروض فرعية أخري هي[10]:

1- تؤثر درجة استقرار النظام الاجتماعي على زيادة الاعتماد أو قلته على مصادر معلومات وسائل الإعلام، وكلما زادت درجة عدم الاستقرار في المجتمع كلما زاد الاعتماد لدى الأفراد على وسائل الإعلام.

2- تزداد درجة الاعتماد على وسائل الإعلام في حالة قلة القنوات البديلة للمعلومات أما في حالة وجود مصادر معلومات بديلة تقدمها شبكات خاصة أو رسمية أو مصادر إعلامية خارج المجتمع سيقل اعتماد الجمهور على وسائل الإعلام.

3- يختلف الجمهور في درجة اعتماده على وسائل الإعلام نتيجة لوجود اختلاف في الأهداف الشخصية والمصالح والحاجات الفردية.

الآثار المترتبة على اعتماد الجمهور على وسائل الإعلام :

يرصد "ملفين ديفليز وساندرابول روكيتش Deflure and Rockeach مجموعة من الآثار التي تنتج عن اعتماد الأفراد على وسائل الإعـــلام مـــن خلال ثلاث فئات رئيسية هي [11].

أولاً : الآثار المعرفية Cognitive effects

تشتمل الآثار المعرفية لوسائل الإعلام وفقًا لنظرية الاعتماد على كشف الغموض، وتكوين الاتجاهات، وترتيب الأولويات، اتساع المعتقدات والقيم.

1) **الغموض:** ترتبط مشكلة الغموض بالآثار المعرفية لوسائل الإعلام، والغموض عبارة عن مشكلة ناتجة إما عن نقص المعلومات، أو معلومات بها صراع أو تناقض فالغموض يمكن أن يحدث لأن الناس يفتقدون إلى معلومات كافية لفهم معنى حدث أو يفتقدون إلى المعلومات التي تحدد التفسير الصحيح من بين تفسيرات عديدة تقدمها وسائل الإعلام.

2) **تكوين الاتجاه:** من الآثار المعرفية للأفراد الذين يعتمدون على وسائل الإعلام، أنهم يستخدمون تلك الوسائل في تكوين الاتجاهات نحو القضايا الجدلية المثارة في المجتمع.

3) **ترتيب الأولويات:** تلعب وسائل الإعلام دورها في ترتيب أولويات الجمهور الذي يعتمد على تلك الوسائل في معرفة القضايا البارزة والمشكلات الملحة من بين العديد من القضايا والموضوعات المطروحة في المجتمع.

4) **اتساع المعتقدات:** تساهم وسائل الإعلام في توسيع المعتقدات التي يدركها أفراد الجمهور لأنهم يتعلمون عن أناس وأماكن وأشياء

عديدة من وسائل الإعلام، ويتم تنظيم هذه المعتقدات في فئات تنتمي إلى الأسرة أو الدين أو السياسة.

5) **القيم:** هي مجموعة المعتقدات التي يشترك فيها أفراد جماعة ما ويرغبون في ترويجها والحفاظ عليها مثل: الأمانة الحرية المساواة وتقوم وسائل الإعلام بدور كبير في توضيح أهمية هذه القيم والتأكيد عليها.

ثانيًا : الآثار الوجدانية Affective Effects:

حيث يحدد ديفلير وروكيتش هذه الآثار الوجدانية في الفتور العاطفي أو اللامبالاة والخوف والقلق، والدعم المعنوي والاغتراب :

1) الفتور العاطفي: يفترض أن كثرة التعرض للعنف في وسائل الإعلام يؤدي إلى الشعور بالتبلد أو اللامبالاة وعدم الرغبة في تقديم العون للآخرين حيث تقع أحداث عنيفة في الواقع الحقيقي.

2) الخوف والقلق: عندما تعرض وسائل الإعلام أحداث العنف والرعب والكوارث والاغتيالات فإنها تثير مشاعر الخوف لدى المتلقين والقلق من الوقوع ضحايا لأعمال العنف في الواقع.

3) الدعم المعنوي والاغتراب: من بين التأثيرات الوجدانية لوسائل الإعلام رفع الروح المعنوية لدى المواطنين أو تزايد الشعور بالاغتراب.

ثالثًا : التأثيرات السلوكية Behavioral Effects:

تتحصر الآثار السلوكية لاعتماد الفرد على وسائل الإعلام في سلوكيين أساسيين هما التنشيط والخمول:

- التنشيط : يعني قيام الفرد ما نتيجة التعرض للوسيلة الإعلامية وهو المنتج النهائي لربط الآثار المعرفية والوجدانية، وقد يتمثل هذا التنشيط في اتخاذ مواقف مؤدية لمطالبة الفرد لحقوقه والتنشيط في هذه الحالة يكون مفيدًا اجتماعيًا ولكن التنشيط الناتج عن التعرض لوسائل الإعلام قد يكون ضارًا اجتماعيًا مثل التورط في أعمال ضد المجتمع، ومحاكاة العنف والجرائم.
- الخمول : يعني عدم النشاط وتجنب القيام بفعل معين وهذا النوع من الآثار السلوكية قد يتمثل في العزوف عن المشاركة السياسية وعدم الإدلاء بالتصويت الانتخابي وعدم المشاركة في الأنشطة التي تفيد المجتمع[12].

وامتداد لقدرة التليفزيون على نقل المعلومات في بعض الأحداث والتأثير على الرأي العام من خلال عنصر الصورة تؤكد دراسة Larsen أن التليفزيون يمكن أن يغير إدراك الجمهور نحو بعض الموضوعات خاصة عندما ينقل التليفزيون معلومات مصورة جديدة ويكررها لمدة [13].

وتتمتع نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام بالكثير من المزايا من أهمها: أنها تقدم مدى أوسع من التأثيرات المحتملة، وتتحاشى التأثيرات المحدود لوسائل الإعلام على الجمهور أو المجتمع، والتي تعتمد تأثيراتها على مجموعة من المتغيرات التي تسبب حدوث ظاهرة ما، وقد يختفي التأثير باختفاء هذه المتغيرات، ولهذه النظرية بعض نقاط الضعف تتشكل في كونها تعطي إيحاء بأن وسائل الإعلام هي المصدر الذي يوفر جميع الاحتياجات بما قد يعني أن نظم وسائل الإعلام تعد بمثابة مؤسسات مهيمنة على المجتمع[14].

وتتأثر عملية الاعتماد على وسائل الإعلام بعدة عوامل تتحدد فيما يلي[15]:

- طبيعة الجمهور وأهدافه من الاعتماد على وسائل الإعلام المختلفة.
- طبيعة المجتمع ومدى توافر مصادر المعلومات في هذا المجتمع.
- طبيعة وسائل الإعلام وتنوعها، وقدرتها على تقديم المعلومات إلى الجمهور.
- طبيعة الوقت أو الظروف التي يمر بها الفرد أو المجتمع.
- طبيعة المعلومات التي تقدمها وسائل الإعلام، ومدى إشباعها لحاجة الفرد أو المجتمع.

دوافع اختيار نظرية الاعتماد في الإطار النظري للدراسة:

تُعـد نظريـة الاعتمـاد علـى وسـائل الإعـلام Mass Media Dependency Theory مدخلاً نظريًا ملائمًا لهذه الدراسة وهو الإطـار النظري الذي تقوم على أساسه هذه الدراسة للأسباب التالية:

1- تساعد نظرية الاعتماد على اختبار مدى اعتماد طالبات الجامعة على المواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في إمدادهم بالمعرفة الصحية، واعتمادهم علي هذه المواقع والتطبيقات لتزويدهم بالمعرفة الصحية كوسيلة ومصدر من مصادر المعرفة الصحية.
2- تعمل نظرية الاعتماد على توضيح الآثار المعرفية والوجدانية لدى طالبات الجامعة من حيث مدى إلمامهم بالمعارف والقضايا الصحية، ومدى وجود اختلافات بينهم وبين الذين لا يتعرضون للمواقع التطبيقات الصحية .
3- تساعد نظرية الاعتماد على التعرف على متى؟ ولماذا؟ تتعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ، وما التأثيرات الناتجة عن هذا الاعتماد.

ثانيًا : الوعي الصحي والإعلام الصحي :

تعرف التوعية الصحية بأنها "مجموع الأنشطة التواصلية والإعلامية والتربوية الهادفة إلى خلق وعي صحي لإطلاع الناس على واقع الصحة، وتحذيرهم من مخاطر الأوبئة والأمراض المحدقة بالإنسان من أجل تربية فئات المجتمع على القيم الصحية، والوقائية المنبثقة من عقيدة المجتمع ومن ثقافته".(16)

وتُعرف بأنها "العملية التي تستهدف تعليم الناس عادات صحية سليمة، وسلوك صحي جديد، ومساعدتهم على نبذ الأفكار والاتجاهات الصحية الخاطئة واستبدالها بسلوك صحي سليم باستخدام وسائل الاتصال الجماهيرية".(17)

ويعرف الوعي الصحي: بأنه جملة من التصورات والمعتقدات والرؤى التي تعين الإنسان في حياته وتحدد سلوكه، ويقصد به إلمام الناس بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسئولية نحو صحتهم وصحة غيرهم.

مكونات الوعي الصحي:

من أهم مكونات الوعي الصحي مجموعة المعارف والمعتقدات التي يكونها الأفراد عن الأمور والقضايا والمشكلات الصحية والأمراض (18).

أهمية الوعي الصحي:

1- تمكين الأفراد من التمتع بنظرة علمية صحيحة تساعده في تفسير الظواهر الصحية، وتجعله قادرًا على البحث عن أسباب المرض وعللها بما يمكنه من تجنبها والوقاية منها.

2- أنها رصيد معرفي يفيد منه الإنسان من خلال توظيفه لها وقت الحاجة له في اتخاذ قرارات صحية صائبة إزاء ما يعترضه ويواجهه من مشكلات صحية.

3- خلق روح الاعتزاز والتقدير والثقة بالعلم كوسيلة من وسائل الخبر وبالعلماء المتخصصين في الصحة.

4- أنه تولد لدى الفرد الرغبة في الاستطلاع وتغرس فيه حب اكتشاف المزيد منها كونها نشاط غير جامد يتسم بالتطور المتسارع.[19]

الإعلام الصحي:

هو فرع إعلامي يتخصص في معالجة معطيات الحياة الصحية بجوانبها المختلفة، وبكل ما فيها من أحداث وظواهر وتطورات، ويتوجَّه إلى مختلف الفئات الاجتماعية المعنية بالمسألة الصحية، ويهدف نشر الثقافة الصحية، والإسهام في التربية الصحية، وتحقيق الوعي الصحي.

أيضًا يعرف الإعلام الصحي بأنه هو فرع من فروع الدراسات الاتصالية. ويكتسب الإعلام الصحي أهمية بسبب تركيزه على الجمع بين النظرية والممارسة في فهم عمليات الاتصال وتغيير السلوك البشري. هذا النهج مهم جدًا، في وقت فيه الكثير من الأخطار التي تهدد الصحة العامة على الصعيد العالمي (من خلال الأمراض والكوارث البيئية)، وتضرب بجذورها في السلوك البشري من خلال الجمع بين الباحثين والممارسين من مختلف التخصصات، واعتماد المناهج النظرية متعددة المستويات[20].

دور وسائل الإعلام في التوعية الصحية:

تتميز وسائل الإعلام في العصر الحالي بقدرتها على التأثير في مختلف شرائح المجتمع، ولها قدرة على تغيير سلوك ونظرة وممارسة أفراد المجتمع،

فمن خلال وسائل الإعلام يمكن إيصال الرسائل الإعلامية الصحية التي تثقف أفراد المجتمع وتزيد من وعيهم الصحي[21].

إن لوسائل الإعلام ميزات عديدة أهمها الانتشار الواسع، فهي تتمتع بحكم هذا الانتشار بنفوذ قوي وأثر كبير في تغيير سلوك واتجاهات وممارسات الأفراد، إذ أن الإعلام الجيد يمكنه تنمية اتجاهات صحية تفيد في بناء البرامج والخدمات والتعريف بها، والتوعية بشأنها، ودعمها نفسيًا واجتماعيًا وماليًا وقوميًا، فالإعلام عليه مسئوليات قومية تجاه كل من الفرد، والأسرة، والمجتمع بوجه عام، ومن بين وسائل الإعلام التي تلعب دورًا حيويًا في التوعية بالقضايا الصحية.

وتحدد علاقة التوعية الصحية بالإعلام في مستويين هما:

1- **مستوى تعاوني** : توظيف الإعلام بغية تنمية التوعية الصحية، والتعريف ببرامج الإعلام الصحي الوقائي.

2- **مستوى وظيفي** : تبني سياسة إعلامية تواصلية تحترم عقيدة المجتمع وثقافته من خلال معرفة الخبر الصادق والإحاطة بالقضايا الصحية، ونشر القيم الصحية بين أفراد المجتمع.[22]

وحتى يكون الإعلام الصحي أكثر فاعلية في إنجازها لمهامه ووظائفه، لا بد أن تتوفر في الشروط التالية:

- **الدقة:** المضمون الصحيح الخالي من أية معلومات خاصة، ومن أي تفسير، ودون أي حكم.
- **الإتاحة** : يتم وضع الرسالة أو تقديمها حيث يستطيع الجمهور الوصول إليها، سواء أكانت رسالة أو معلومة. يختلف الموضوع حسب الجمهور، ودرجة تعقيد الرسالة، والهدف من الرسالة. وهو

يتراوح بين الشبكات الشخصية والاجتماعية إلى اللوحات الإعلانية، وأوقات الذروة في الإذاعة والتلفزيون، إلى الأكشاك العامة، وحتى الإنترنت.

- **التوازن:** يقدم المحتوى، حيث يكون مناسبً، كلاً من المنافع والمخاطر للأفعال المحتملة، كما يقدم وجهات النظر المختلفة الصحيحة إزاء القضية المطروحة.
- **الاتساق:** يبقى المحتوى متماسكًا داخليًا على مر الزمن، كما يكون متماسكًا ومتناسقًا من حيث المعلومات التي تم الحصول غليها من مصادر متعددة.
- **الكفاءة الثقافية:** عمليات التصميم، والتطبيق، والتقييم، التي يمكن الاعتماد عليها في القضايا الخاصة، من أجل اختيار المجموعات السكانية من حيث اللغة والعرق، وأيضًا من حيث المستويات التعليمية والعجز.
- **قاعدة الأدلة :** الدليل العلمي ذو الصلة، الذي خضع لمراجعة شاملة، ولتحليل دقيق، ليشكل دليلاً للممارسة، ومعيارًا للأداء، ومقياسًا للمراجعة، والتقييمات والتطبيقات المتعلقة بالرعاية الصحية عن بعد.
- **الوصول:** (المدى– المجال (أن يكون المحتوى متاحًا لأكبر عدد من الجمهور.
- **الثقة:** أن يكون مصدر المضمون موثوقًا وجديرًا بالاعتماد عليه، وأن يتم تحديث المحتوى باستمرار.

- **التكرارية:** أن يكون تقديم المضمون، والوصول إلى المضمون مستمرين على مدار الوقت، وذلك من أجل أن يتعزز التأثير في جمهور معين، وأن يصل إلى أجيال جديدة.
- **التوقيت:** يجري تقديم المحتوى، أو بكون المحتوى متاحًا عندما يكون الجمهور في أقصى حالات القبول والتلقي، أو حين يكون بحاجة إلى معلومات معينة.[23]

خامسًا: مراجعة الدراسات السابقة:

تم الرجوع إلى الدراسات السابقة التي تتعلق بموضوع الدراسة والتي أجريت خلال العقد الأول من هذا القرن، كنوع من التدعيم لأفكار الدراسة والمساعدة في بناء إطارها الفكري.

وتمثلت في الدراسات التي تناولت وسائل الإعلام والوعي الصحي:

-أظهرت دراسة **بارك، وربير** *Hyojung Park a, Bryan H. Reber b* **(2010)** [24].

حول استخدام العلاقات العامة للترويج الصحي: دراسة تحليلية لإستراتيجية العلاقات العامة في الجمعيات الصحية استخدم عينة الدراسة الجزء الأكبر من الإصدارات الصحية الأبحاث الطبية بشكل كبير، كذلك أثبتت اهتمام جمعية مرض السكر الأمريكية بالموضوعات ذات العلاقة بالمساندة الاجتماعية والتعليم، بينما اهتمت جمعية القلب الأمريكية وجمعية مجتمع السرطان الأمريكية بالأبحاث الطبية والأخبار العلمية، وقد اتفقت مع نتائج دراسة **إبراهيم أبو اليزيد الدسوقي(2009).**[25]حول دوافع تعرض المراهقين للبرامج التي تناقش الطب البديل بالفضائيات العربية والإشاعات المتحققة حيث أثبتت نتائج الدراسة أن أهم الأمراض التي تم تناولها ببرامج

الطب البديل أمراض البطن وذلك بنسبة 15.7%من الإجمـــالي العـــام، ثـــم أمراض الروماتيزم نسبة والفاصل بنسبة 11.56% مـــن الإجمـــالي العـــام للموضوعات التي تم تناولها، كذلك احتلت وسيلة عرض وتبسيط المعلومـــة الترتيب الأول من بين وسائل عرض المعلومـــة بـــالبرامج التـــي تنـــاقش موضوعات الطب البديل، وجاء في الترتيب الثاني عرض المعلومـــة ومـــع نماذج حية، وفى الترتيب الثالث جاءت وسيلة عرض المعلومة فقـــط، كمـــا أثبتت توجد علاقة ارتباطيه موجبة بين دوافع استخدام المراهقين للبرامج التي تناقش الطب البديل والإشاعات المتحققة منها، بينما أثبتت نتائج دراسة **عبـــد الله أحمد على آل عيسى الغامدي(2009)** [26]حول تردد المـــراهقين علـــى مواقع الإنترنت وعلاقته ببعض المشكلات النفسية تزايـــد أعـــداد ونســـب المراهقين المستخدمين للإنترنت حيث بلغت نسبة المراهقين الذين دائمـــا مـــا يستخدمون الإنترنت ٣٧ % وتتضاعف هذه النسبة إذا أضيفت لها نسب الذين أحيانا ما يستخدمون الإنترنت لتصل ٨٨ %، كـــذلك أن الإنترنـــت تســـاعد المراهقين على نسيان مشكلاتهم كما أكدت نتائج الدراسة أنه لا توجد فـــروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة من المرهقين خاصة بالمشكلات (السلوكية الخاصة بالمدرسة، والمشكلات الأسرية والوالديـــة، والمشـــكلات الســـلوكية العامة) وطريقة تعاملهم مع الإنترنت (بمفردهم أو مع أصدقائهم)، بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بمشكلات) صورة الذات داخل المدرسة، الانفعالية، مفهوم الذات والعدوان وسوء التوافق مع الآخرين) وأوضحت نتائج دراسة **وفاء سعود العوام (2009)** [27] حول مدى اعتماد الشباب السعودي على وسائل الإعلام في تحقيق المعرفة الصحية دراسة ميدانية، حيث أثبتـــت نتائج الدراسة أن أفراد عينة الدراسة يعتمدون على وســـائل الإعـــلام فـــي

الحصول على المعلومات الصحية، وأن الانترنت الوسيلة الأكثر استخدامًا للحصول على المعلومات الصحية، واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة **مهيتاب ماهر أحمد الرافعي(2008)** [28] حول معالجة الصحافة المصرية للقضايا الصحية – دراسة تطبيقية على صحف الأهرام والوفد والأسبوع، جاء 98,3% من أفراد العينة سواء عينة الدراسة من الأطباء أو القراء يتابعون المضمون الصحي الذي ينشر بصحف الدراسة، كذلك أثبتت النتائج أن جمهور الأطباء يرى أن أهم سلبيات الصحف في معالجة القضايا الصحية تتمثل في قلة المساحة المخصصة ثم قلة عدد الموضوعات بينما يرى جمهور القراء أن أهم السلبيات تتمثل في قلة المساحة المخصصة ثم عدم نشر صور توضيحية، بينما اختلفت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **عماد عبد المقصود على شلبي(2007)** [29]حول علاقة التعرض للبرامج الصحية بالقنوات التليفزيونية العربية بمستوى المعرفة الصحية لدى الجمهور المصري حيث أثبتت نتائج الدراسة أن بلغت نسبة مشاهدة البرامج الصحية بالتليفزيون 92,8%،إما بشكل دائم بنسبة 19.5% أو أحيانا بنسبة 57% أو نادرا بنسبة 16.9% في مقابل 7.3% لا يشاهدون البرامج الصحية، كذلك أثبتت تفوق الدوافع النفعية على الدوافع الطقوسية في التعرض للبرامج الصحية، كما تبين إن 97.6% من أفراد العينة يستفيدون من التعرض للبرامج الصحية بالتليفزيون في حين أشار 2.4% من مشاهدي البرامج الصحية إلى أنهم لا يستفيدون منها على الإطلاق، كذلك أثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات العمرية المختلفة للمبحوثين في التعرض للبرامج الصحية بالقنوات التليفزيونية العربية لصالح الفئات المتوسطة الأصغر سناً، واتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة **عثمان العربي (2007)**[30] حول استخدام الشباب

السعودي لوسائل الإعلام والوعي الصحي عن البدانـــة والتغذيـــة والنشـــاط البدني: دراسة مسحية حيث أثبتت نتائج الدراسة أن التليفزيون كان الوســيلة الأولى عندما يريد الشباب أن يحصلوا على معلومات صحية، وأن البـــرامج الصحية التليفزيونية تأتي في المقام الأول من حيث استخدام الشـــباب لهـــا، وبينت الدراسة عدم وجود ارتباط بـــين اســـتخدامات الوســـائل الإعلاميـــة ومستويات الوعي الصحي عن البدانة، واتفقت نتائج هذه الدراسة مع نتـــائج دراسة **وسام محمد أحمد نصر(2006)** [31] حول دور حملات التوعية فـــي الراديو والتليفزيون في التثقيف الصحي للمرأة المصرية حيث أثبتت الدراسة ارتفاع نسبة مشاهدة الغالبية العظمى من المبحوثـــات لإعلانـــات التوعيـــة الصحية المقدمة بالتليفزيون حيث بلغت نسبتهم 87.5% من إجمـــالي مـــن يشاهدون التليفزيون، كذلك جاء المدخل الصحي في مقدمة المداخل الإقناعية التي استعانت بها الحملات الصحية موضع الدراسة حيث استعان به 78.6% من إجمالي هذه الحمـــلات وبمعـــدل 11 حملـــة بينمـــا المـــدخل الثقـــافي والاقتصادي والقومي لم تستعن بهم سوي حملتين فقط، الأمر الذي يشير إلى تركيز مخططي الحملات على استخدام المدخل الصحي في الإقناع بأهـــداف الحملة، كما أثبتت النتائج أن التليفزيون الوسيلة المفضلة لدى الغالبية العظمى من المبحوثات لمتابعة إعلانات التوعية الصحية وبفارق نسبى كبير للغايـــة عن الراديو، واتفقت نتائج الدراسة مـــع نتـــائج دراســـة **ناصـــر الغامـــدي (2006)** [32] حول تعرض الجمهور السعودي للبرامج الصحية في القنـــوات التليفزيونية الفضائية العربية والإشاعات المتحققة منها، حيث أثبتـــت نتـــائج الدراسة أن 80.9% من أفراد العينة يشاهدون البرامج الصحية، وكانت أكثر البرامج الصحية متابعة برنامج (التفاح الأخضر)، كما وضحت النتـــائج أن

التليفزيون هو الوسيلة الأولى في التثقيف الصحي لأفراد العينة يليه الصحف، كما بينت الدراسة أن البرامج الصحية تؤثر على الجمهور السعودي حيث يقوم أفراد العينة بحث الأسرة والمعارف على التقييد بالنصائح الطبية نتيجة مشاهدة البرامج الصحية، هذا وقد اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة **محمد الزكري (2006)** [33]حول جهود الصحافة اليومية السعودية في نشر المعرفة الصحية دراسة تحليلية على الصفحات الصحية حيث أثبتت النتائج أن الصفحات الصحية بصحف العينة صرفت نسبة كبيرة من حجم مادتها الصحية للاهتمامات الصحية الطبية والتي بلغت نسبة 69.4%،كما شغلت المادة الصحفية المقدمة في الصفحات الصحية لعينة الدراسة 73.4%، وتتفق نتائج الدراسة مع دراسة **أحمد باريان (2004)**[34]حول دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض دراسة مسحية حيث أثبتت نتائج الدراسة وجود ارتباط قوي بين مصادر الوعي الصحي وزيادة الوعي الصحي لدى المرأة الصحية، كما أكدت وجود اتجاه ايجابي إلى حد كبير من قبل المرأة السعودية حول دور وسائل الإعلام في مجال التثقيف والتوعية الصحية، واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة صابر سليمان (2003) [35] حول دور المسلسلات العربية التليفزيونية في التوعية الصحية للمرأة الريفية دراسة ميدانية، حيث أثبتت وجود علاقة بين مشاهدة العينة المسلسلات العربية و المتغيرات الديموجرافية والتوعية الصحية، واتفقت نتائج الدراسة مع دراسة **شعبان شمس (2002)**[36]حول الآثار المترتبة عن التوعية الصحية لوسائل الإعلام على مرضى الفيروسات الكبدية في مصر دراسة حالة على مرضى الالتهاب الكبدي (C)، حيث أثبتت النتائج أن دور وسائل الإعلام كمصدر للمعلومات بالنسبة للمريض كان أكثر وضوحًا بعد

اكتشافه بأنه مصاب بهذا الفيروس، وبينت الدراسة أهمية الصحافة التي جاءت في المرتبة الثانية حيث لعبت دورًا مهمًا من خلال فنونها التحريرية وصفحاتها الطبية في إثارة قضية فيروس (C) طبيًا واجتماعيًا واقتصاديًا وحتى سياسيًا.

أوجه الاستفادة من مراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة بالدراسة وإطارها النظري:

1- استفادت الباحثة من نتائج الدراسات السابقة في تحديد النظرية المستخدمة، و التعرف على المنهج المستخدم لكون أغلب الدراسات من نوع الدراسات الوصفية.

2- كما تمكنت الباحثة من التعرف على حجم وطرق سحب العينة، وكيفية تحديد متغيرات الدراسة، وصياغة الفروض، وكذلك كيفية صياغة أسئلة استمارة الاستبيان.

3- ساعدت الدراسات السابقة الباحثة في تحديد الإطار النظري المناسب لمضمون الدراسة، و تحديد الأساليب الإحصائية الملائمة للبحث.

سادسًا: فروض الدراسة:

- ♦ **الفرض الأول:**
- توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ومستوى المعرفة الصحية لديهم.
- ♦ **الفرض الثاني:**
- توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الإلكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وبين دوافع استخدامهم لها.

♦ **الفرض الثالث**

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة الصحية لدى طالبات الجامعة وفقًا للمتغيرات الديموجرافية (السن، المستوى الاقتصادي الاجتماعي) تتمثل في:

أ- توجد فروق دالة إحصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات الصحية (الأكبر سنا – الأصغر سناً) ومستوى المعرفة الصحية وفقًا للسن (لصالح الأكبر سنًا).

ب- توجد فروق دالة إحصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات ذات المستوى الاجتماعي(المرتفع– المتوسط– المنخفض) ومستوى المعرفة الصحية (لصالح المستوى الاجتماعي المرتفع) وفقا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

♦ **الفرض الرابع:**

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ودرجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها.

سابعًا: مصطلحات الدراسة:

المواقع الالكترونية الصحية(تعريف إجرائي):

تعرفها الباحثة إجرائيا بأنها " جميع المواقع الصحية التي تتعرض لها طالبات جامعة أم القرى ومتخصصة فالمجال الصحي فقط".

التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية(تعريف إجرائي):

تقصد بها الباحثة إجرائيًا " جميع التطبيقات الصحية التي تستخدمها طالبات جامعة أم القرى من خلال هاتفها المحمول" .

المعرفة الصحية (تعريف إجرائي):

تقصد بها الباحثة إجرائيًا " تقصد بها الباحثة المعلومات الصحية الجديدة وزيادة المعرفة الصحية بالموضوعات التي عرفتها طالبات الجامعة من خلال تعرضها للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

ثامنًا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

أ) نوع الدراسة ومنهجها:

تنتمي هذه الدراسة إلى الدراسات الوصفية، حيث تسعى الباحثة من خلالها إلى معرفة علاقة تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بمستوى المعرفة الصحية لديهم.

ب) **مجتمع وعينة الدراسة:** يتمثل مجتمع الدراسة في طالبات جامعة أم القرى ممن تتراوح أعمارهم من (18–21) سنة، وتمثلت عينة الدراسة في عينة عمدية من مستخدمي المواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ، قوامها (200) مفردة من طالبات جامعة أم القرى.

وقد روعي في اختيار العينة الشروط التالية:-

تمثيل الجمهور من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي (مرتفع – متوسط – منخفض).

مبررات اختيار عينة الدراسة:

- يرجع اختيار الشباب الجامعي إلى صفة موضوع الدراسة، باعتبارهم فئة وشريحة تمثل قطاعًا فاعلاً في المجتمع بالإضافة إلى أن الشباب في هذه الفترة لديه حب الاستطلاع، وأنهم أكثر استخدامًا للإنترنت والمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

- ويرجع اختيار طالبات جامعة أم القرى إلى أنهن أكثر سهولة في تطبيق الدراسة وذلك، نظرًا لطبيعة المجتمع السعودي الذي يصعب إجراء دراسة مماثلة على الشباب من فئة (الذكور)، كذلك لما لاحظته الباحثة في مجال عملها باهتمام الطالبات بالمعرفة الصحية وإقبالهم على استخدام المواقع الالكترونية وتطبيقات الهاتف بصورة كبيرة.

جـ) أدوات جمع البيانات:

اعتمدت الباحثة على صحيفة الاستقصاء تضمنت الجوانب المختلفة التي تسعى الدراسة للتعرف عليها وفقًا لأهداف وفروض الدراسة، وقد تم تطبيق الاستبيان من خلال المقابلة الشخصية مع المبحوثين، وهو ما يعطي الفرصة للتأكد من فهم المبحوث للأسئلة الواردة من ناحية، ومواجهة ما قد يطرأ من صعوبات أثناء التطبيق من ناحية أخرى، وللتأكد من صدق وثبات الاستمارة قامت الباحثة أولاً بعرضها على مجموعة من المحكمين[37] وفي ضوء توجيهاتهم تم التعديل في صياغة بعض الأسئلة وإضافة البعض الآخر وبالتالي تحقق الصدق الظاهري للبيانات، بالإضافة إلى ذلك قامت الباحثة بإجراء اختبار قبليtest- pre على عينة قوامها (10%) من المبحوثين عينة الدراسة من أجل التأكد من سلامة صحيفة الاستبيان وما تتضمنه من أسئلة، وأيضا للتأكد من ثبات البيانات استخدمت الباحثة أسلوب إعادة الاختبار testRe- Test على عينة قوامها (10%) من العينة بعد فترة تمثلت في أسبوع من تطبيق الاستبيان وأوضحت نتائج التطبيق تطابق الاستقصاء في الحالتين وهو ما يشير إلى معدل مرتفع للثبات 90% مما يشير إلى صلاحية الاستمارة ودقتها.

د) المعالجة الإحصائية للبيانات:

أساليب المعالجة الإحصائية:-

بعد الانتهاء من جمع بيانات الدراسة الميدانية، تـم ترميـز البيانـات وإدخالها إلى الحاسب الآلي، ثم معالجتهـا وتحليلهـا واسـتخراج النتـائج الإحصائية باستخدام برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية " SPSS " Statistical Package for the Social Science .

وتم اللجوء إلى المعاملات والاختبارات الإحصائية التالية في تحليـل بيانات الدراسة:

(1) التكرارات البسيطة والنسب المئوية.

(2) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

(3) اختبار كا2 Chi Square Test.

لدراسة الدلالة الإحصائية للعلاقة بين متغيرين من المتغيرات الاسـمية (Nominal).

(4) **اختبار T- Test.**

لدراسة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعتين من المبحوثين في احد متغيرات الفئة أو النسبة (Interval Or Ratio).

(5) تحليـل التبـاين ذي البعـد الواحـد One Analysis of Variance .

المعروف اختصارا باسم ANOVA لدراسة الدلالة الإحصائية للفـروق بين المتوسطات الحسابية لأكثر من مجموعتين مـن المبحـوثين فـي احـد متغيرات الفئة أو النسبة (Interval Or Ratio).

(6) معامل ارتباط سبيرمان:

تاسعًا: نتائج الدراسة:

1- نتائج الدراسة الميدانية:

(1) معدل تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (1)

معدل تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية

وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / معدل التعرض	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائما	56	58.3	21	53.8	32	49.2	109	54.5
أحيانًا	37	38.5	18	46.2	36	55.4	91	45.5
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة كا^2 = 4.442 درجة الحرية = 2 مستوي المعنوية = 0.108 مستوي الدلالة =غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الأولى بنسبة 54.5% يليها عدم تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الثانية بنسبة 45.5%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (4.442) عند درجة حرية (2) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.108 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في معدل تعرضهم للمواقع الصحية الالكترونية.

- ويرجع ارتفاع معدل تعرض عينة الدراسة للمواقع الصحية الالكترونية انتشار التكنولوجيا الحديثة بين طالبات الجامعة وتوفر الانترنت في كل مكان بالمملكة العربية السعودية مما أتاح سهولة تصفح الانترنت والمواقع الصحية.

(2) أسباب تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية:

جدول رقم (2)

أسباب تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
بها معلومات تفيدني	28	30.1	14	35.9	10	14.7	52	26	4
تساعدني بحل بعض المشكلات الصحية التي تواجهني	41	44.1	13	33.3	23	33.8	77	38.5	1
طبيعة الأمراض المنتشرة في الآونة الأخيرة	17	18.3	5	12.8	11	16.2	33	16.5	5
طريقة عرضها للمعلومات مبسط	18	19.4	3	7.7	10	14.7	31	15.5	6
تساعدني في دراستي أو عملي	7	7.5	2	5.1	4	5.9	13	6.5	8
أفضل من استشارة الطبيب	14	15.1	4	10.3	10	14.7	28	14	7
اكتساب خبرة جديدة	23	24.7	14	35.9	16	23.5	53	26.5	3
تزيد ثقافتي الصحية	26	28	15	38.5	22	32.4	63	31.5	2
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاء تساعدني بحل بعض المشكلات الصحية التي تواجهني في مقدمة أسباب تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 38.5% يليها في المرتبة الثانية تزيد ثقافتي الصحية بنسبة 31.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة اكتساب خبرة جديدة بنسبة 26.5%، يليها في المرتبة الرابعة بها معلومات تفيدني بنسبة 26%، ثم جاء طبيعة الأمراض المنتشرة في الآونة الأخيرة في المرتبة الخامسة بنسبة16.5%، يليها في المرتبة السادسة طريقة عرضها للمعلومات مبسط بنسبة 15.5%، ثم جاء أفضل من استشارة الطبيب في المرتبة السابعة بنسبة 14%وأخيرًا جاء تساعدني في دراستي أو عملي بنسبة 6.5%.

(3) عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة المواقع الصحية الالكترونية خلال الأسبوع:

جدول رقم (3)

عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة المواقع الصحية الالكترونية خلال الأسبوع وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / الأيام	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يوم واحد	32	34.4	12	30.8	19	27.9	63	31.5
يومان	11	11.8	3	7.7	5	7.4	19	9.5
ثلاث أيام أسبوعيًا	7	7.5	2	5.1	2	1.5	11	5.5
أربعة أيام أسبوعيًا	1	1.1	-	-	1	1.5	2	1
خمس أيام أسبوعيا	1	1.1	1	2.6	1	1.5	3	1.5
ستة أيام أسبوعيًا	37	39.8	20	51.3	37	54.4	94	47
كل يوم	4	4.3	1	2.6	3	4.4	8	4
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة $كا^2$ = 11.623 درجة الحرية =12 مستوي المعنوية = 0.476مستوي الدلالة =غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء ستة أيام في مقدمة عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة المواقع الصحية الالكترونية خلال الأسبوع بنسبة 47%، يليها يوم واحد في المرتبة الثانية بنسبة 31.5%، ثم جاء يومان في المرتبة الثالثة بنسبة 9.5%، يليها ثلاث أيام أسبوعيًا في المرتبة الرابعة بنسبة 5.5%، ثم جاء في المرتبة الخامسة كل يوم بنسبة 4%، ثم جاء في المرتبة السادسة- خمس أيام أسبوعيًا بنسبة 1.5%، وأخيرًا جاء أربعة أيام أسبوعيًا بنسبة 1%

وبحساب قيمة كا2 بلغت (11.623) عند درجة حرية (12) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.476 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في عدد الأيام التي يستخدمون فيها المواقع الصحية الالكترونية.

- وقد يرجع ذلك لانتشار الانترنت بالمملكة العربية السعودية وقلة تكلفته وتوفره مجانا بالجامعة.

(4) المواقع الصحية الالكترونية التي يتعرض لها أفراد العينة.

جدول رقم (4)

المواقع الصحية الالكترونية التي يتعرض لها أفراد العينة وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / المواقع	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
الصفحات الصحية الملحقة بالمدونات	32	34.4	8	20.5	15	22.1	55	27.5	1

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / المواقع	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
موقع وزارة الصحة السعودية	13	14	6	15.4	5	7.4	24	12	**3**
موقع منظمة الصحة العالمية	10	10.8	4	10.3	4	5.9	18	9	**4**
المواقع الصحية الخاصة	7	7.5	12	30.8	21	30.9	40	20	**2**
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاء الصفحات الصحية الملحقة بالمدونات في مقدمة المواقع الصحية الالكترونية التي يتعرض لها أفراد العينة بنسبة 27.5%، يليها في المرتبة الثانية المواقع الصحية الخاصة بنسبة 20%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موقع وزارة الصحة السعودية بنسبة 12%، ثم جاء موقع منظمة الصحة العالمية في المرتبة الأخيرة بنسبة 9%.

(5) الموضوعات التي تعرضت عند تصفح أفراد العينة لمواقع الالكترونية الصحية.

جدول رقم (5)

الموضوعات التي تعرضت عند تصفح أفراد العينة لمواقع الالكترونية الصحية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الموضوعات	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه	42	45.2	13	33.3	22	32.4	77	38.5	**1**
موضوعات تخص الأمراض المنتشرة الآن	24	25.8	7	17.9	11	16.2	42	21	**2**
موضوعات تخص الأمراض المعدية بين طالبات الجامعة	8	8.6	3	7.7	4	5.9	15	7.5	**4**

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الموضوعات	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
موضوعات تخص أحدث التطورات في المجال الصحي	12	12.5	6	15.4	6	8.8	24	12	3
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاء موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه في مقدمة الموضوعات التي تعرض لها أفراد العينة عند تصفح المواقع الالكترونية الصحية بنسبة 38.5% يليها في المرتبة الثانية موضوعات تخص الأمراض المنتشرة الآن بنسبة 21%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موضوعات تخص أحدث التطورات في المجال الصحي بنسبة 12%، ثم جاء موضوعات تخص الأمراض المعدية بين طالبات الجامعة في المرتبة الأخيرة بنسبة 7.5%.

(6) مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (6)

مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / مدى الثقة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	49	52.7	23	59	50	73.5	122	61
لا	44	47.3	16	41	18	26.5	78	39
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة كا^2 = 7.255 درجة الحرية =2 مستوي المعنوية =0.023 مستوي الدلالة = دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الأولى بنسبة 61% يليها عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الثانية بنسبة 39%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (7.255) عند درجة حرية (2) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.023 ويعني ذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في مدى ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية.

(7) معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (7)

معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / معدل الثقة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أثق بدرجة كبيرة	17	34.7	12	52.2	17	34	46	37.7
أثق بدرجة متوسطة	30	61.2	7	30.4	21	42	58	47.5
أثق بدرجة منخفضة	2	4.1	4	17.4	12	24	18	14.8
المجموع	49	100	23	100	50	100	122	100

قيمة كا^2 = 12.034 درجة الحرية =4 مستوي المعنوية = 0.017 مستوي الدلالة = دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بدرجة متوسطة في المرتبة الأولى بنسبة 47.5% يليها بدرجة كبيرة في المرتبة الثانية بنسبة 37.7% وأخيرًا جاء بدرجة منخفضة بنسبة 14.8%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (12.034) عند درجة حرية (4) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.017 ويعني ذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في معدل ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية.

(8) أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (8)

أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
لأن القائمين على المواقع الصحية الالكترونية متخصصين	33	67.3	17	73.9	7	14	57	46.7	**2**
لأنها تعتمد على كتب مشهورة ومراجع موثوق بها	29	59.2	12	52.2	22	44	63	51.6	**1**
لأنها تقدم أطباء معروفين وثقة	23	46.9	15	65.2	18	36	56	45.9	**3**
جملة من سئلوا	49		23		50		122		

يتضح من الجدول السابق:- جاء لأنها تعتمد على كتب مشهورة ومراجع موثوق بها في مقدمة أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 51.6%، يليها في المرتبة الثانية لأن القائمين على المواقع الصحية الالكترونية متخصصين بنسبة 46.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لأنها تقدم أطباء معروفين وثقة في المرتبة الأخيرة بنسبة 45.9%.

(9) أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية

جدول رقم (9)

أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
أفضل سؤال طبيب متخصص	28	63.6	15	93.8	13	72.2	56	71.8	1
لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت	14	31.8	10	62.5	12	66.7	36	46.2	3
لأنها قد تكون غير صحيحة	22	50	9	56.3	13	72.2	44	56.4	2
جملة من سئلوا	44		16		18		78		

يتضح من الجدول السابق:- جاء أفضل سؤال طبيب متخصص في مقدمة أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 71.8%، يليها في المرتبة الثانية لأنها قد تكون غير صحيحة بنسبة 56.4%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت في المرتبة الأخيرة بنسبة 46.2%.

(10)مدى مساهمة المضامين المطروحة بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية.

جدول رقم (10)

مدى مساهمة المضامين المطروحة بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / مدى المساهمة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ساهمت بدرجة كبيرة	46	49.5	17	43.6	52	76.5	115	57.5
ساهمت بدرجة متوسطة	24	25.8	16	41	14	20.6	54	27
ساهمت بدرجة ضعيفة	23	24.7	6	15.4	2	2.9	31	15.5
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة كا^2 = 4.093 درجة الحرية =4 مستوي المعنوية = 0.394 مستوي الدلالة =غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء مدى مساهمة المضامين المطروحة بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 57.5% يليها ساهمت بدرجة متوسطة في المرتبة الثانية بنسبة 27% وأخيرًا جاء ساهمت بدرجة منخفضة بنسبة 15.5%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (4.093) عند درجة حرية (4) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.394 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في مدى مساهمة

المضامين المطروحة بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية.

(11)نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية:

جدول رقم (11)

نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / نوع المساهمة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
زيادة معلوماتي الصحية	41	44.1	16	41	26	38.2	83	41.5	1
معرفة الأمور شديدة الخصوصية	27	29	12	30.8	13	19.1	52	26	3
معرفة الأمراض المنتشرة الآن	21	22.6	8	20.5	8	11.8	37	18.5	4
معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية	33	35.5	15	38.5	20	29.4	68	34	2
معرفة المبادئ الأساسية للإسعافات الأولية	16	17.2	7	17.9	8	11.8	31	15.5	6
معرفة الجديد في المجال الصحي	13	14	2	5.1	15	22.1	30	15	7
قضاء وقت الفراغ	18	19.4	10	25.6	6	8.8	34	17	5
التفاعل مع أي متخصص طبي من خلال المواقع الصحية الالكترونية	5	5.4	5	12.8	2	2.9	12	6	8
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاء زيادة معلوماتي الصحية في مقدمة نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة

معلومات أفراد العينة الصحية بنسبة 41.5% يليها في المرتبة الثانية معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية بنسبة 34%، ثم جاء في المرتبة الثالثة معرفة الأمور شديدة الخصوصية بنسبة 26%، يليها في المرتبة الرابعة معرفة الأمراض المنتشرة الآن بنسبة 18.5%، ثم جاء قضاء وقت الفراغ في المرتبة الخامسة بنسبة17%، يليها في المرتبة السادسة معرفة المبادئ الأساسية للإسعافات الأولية بنسبة 15.5%، ثم جاء معرفة الجديد في المجال الصحي في المرتبة السابعة بنسبة 15%وأخيرًا جاء التفاعل مع أي متخصص طبي من خلال المواقع الصحية الالكترونية 6%.

(12) أسباب انجذب أفراد العينة للتعرض للمواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (12)

أسباب جذب أفراد العينة للتعرض للمواقع الصحية الالكترونية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / أسباب الجذب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
قدرتها على التواصل مع المتلقي	18	19.4	8	20.5	14	20.6	40	20	3
تهتم بمشاكل طالبات الجامعة الصحية والنفسية	4	4.3	5	12.8	6	8.8	15	7.5	5
معلوماتها بسيطة	45	48.4	18	46.2	22	32.4	85	42.5	1
متطورة وتواكب الأحداث	20	21.5	8	20.8	15	22.1	43	21.5	2
شكلها جذاب	8	8.6	4	10.3	3	4.4	15	7.5	5
تتيح لي فرصة التفاعل مع الموضوعات	15	16.1	12	30.8	10	14.7	37	18.5	4
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاء معلوماتها بسيطة في مقدمة أسباب جذب أفراد العينة للتعرض للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 42.5%يليها في المرتبة الثانية متطورة وتواكب الأحداث بنسبة 21.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة قدرتها على التواصل مع المتلقي بنسبة 20%، يليها في المرتبة الرابعة تتيح لي فرصة التفاعل مع الموضوعات بنسبة 18.5%، ثم جاء كلاً من شكلها جذاب و تهتم بمشاكل طالبات الجامعة الصحية والنفسية في المرتبة الأخيرة بنسبة 7.5%لكلاً منهما.

(13) أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل المواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (13)

أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل عينة أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل المواقع الصحية الالكترونيةوفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأشكال	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
الحوار	20	21.5	4	10.3	7	10.3	31	15.5	5
التقرير	30	32.3	11	28.2	19	27.9	60	30	3
الخبر	22	23.7	8	20.5	15	22.1	45	22.5	4
التحقيق	16	17.2	7	17.9	7	10.3	30	15	6
الفيديوهات	36	38.7	18	46.2	21	30.9	75	37.5	1
الصور	32	34.4	16	41	26	38.2	74	37	2
جملة من سئلوا	93		39		68		200		

يتضح من الجدول السابق:- جاءت الفيديوهات في مقدمة أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل عينة أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 37.5%يليها في المرتبة الثانية الصور بنسبة 37%، ثم جاء في المرتبة الثالثة التقرير بنسبة 30%، يليها في المرتبة الرابعة الخبر بنسبة 22.5%، ثم الحوار في المرتبة الخامسة بنسبة15.5%، وأخيرًا جاء التحقيق بنسبة 15%.

(14)معدل تعرض أفراد للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (14)

معدل تعرض أفراد للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / مدى تعرض	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	58	62.4	26	66.7	53	77.9	137	68.5
لا	35	37.6	13	33.3	15	22.1	63	31.5
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة كا^2 = 4.492 درجة الحرية =2 مستوي المعنوية = 0.106 مستوي الدلالة =غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الأولى بنسبة 68.5% يليها عدم تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الثانية بنسبة 31.5%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (4.492) عند درجة حرية (2) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.106 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في معدل تعرضهم للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

- وقد يرجع ذلك لانتشار الهواتف الذكية بين طالبات جامعة أم القرى وتوفر الانترنت المجاني بها وذلك لرخص أسعارها وانتشار المسابقات بين الطالبات والتي تكون عادة جوائزها هواتف ذكية مثل ال IPhone وغيرها.

(15) أسباب تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (15)

أسباب تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
بها معلومات تفيدني	16	27.6	8	30.8	13	24.5	37	27	2
متاحة في أي وقت وسهلة الاستخدام	21	36.2	11	42.3	12	22.6	44	32.1	1
تساعدني بحل بعض المشكلات الصحية التي تواجهني	15	25.9	7	26.9	11	20.8	33	24.1	4
طبيعة الأمراض المنتشرة في الآونة الأخيرة.	6	10.3	1	3.8	2	3.8	9	6.6	8
طريقة عرضها للمعلومات مبسط	12	20.7	7	26.9	15	28.3	34	24.8	3
تساعدني في دراستي أو عملي	6	10.3	4	15.4	4	7.5	14	10.2	7

الترتيب	الإجمالي		منخفض		متوسط		مرتفع		المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب
	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	
9	1.5	2	3.4	2	–	–	–	–	أفضل من استشارة الطبيب
6	13.9	19	11.3	6	19.2	5	13.8	8	اكتساب خبرة جديدة
5	19.7	27	9.4	5	50	13	15.5	9	تزيد ثقافتي الصحية
	137		53		26		58		جملة من سئلوا

يتضح من الجدول السابق:- جاء متاحة في أي وقت وسهلة الاستخدام في مقدمة أسباب تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 32.1%يليها في المرتبة الثانية بها معلومات تفيدني بنسبة 27%، ثم جاء في المرتبة الثالثة طريقة عرضها للمعلومات مبسط بنسبة 24.8%، يليها في المرتبة الرابعة تساعدني بحل بعض المشكلات الصحية التي تواجهني بنسبة 24.1%، ثم جاء تزيد ثقافتي الصحية في المرتبة الخامسة بنسبة19.7%، يليها في المرتبة السادسة اكتساب خبرة جديدة بنسبة 13.9%، ثم جاء تساعدني في دراستي أو عملي في المرتبة السابعة بنسبة 10.2%، يليها جاء في المرتبة الثامنة طبيعة الأمراض المنتشرة في الآونة الأخيرة بنسبة 606%، وأخيرًا جاء أفضل من استشارة الطبيب بنسبة 1.5%.

(16) عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية خلال الأسبوع.

جدول رقم (16)

عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية خلال الأسبوع وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / عدد الأيام	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
يوم واحد	14	24.1	3	11.5	5	9.4	22	16.1
يومان	7	12.1	3	11.5	15	28.3	25	18.2
ثلاثة أيام أسبوعيًا	2	3.4	2	7.7	1	1.9	5	3.6
أربعة أيام أسبوعيًا	7	12.1	4	15.4	12	22.6	23	16.8
خمس أيام أسبوعيا	8	13.8	1	3.8	1	1.9	10	7.3
ستة أيام أسبوعيًا	2	3.4	9	34.6	11	20.8	22	16.1
كل يوم	18	31	4	15.4	8	15.1	30	21.9
المجموع	58	100	26	100	53	100	137	100

قيمة $كا^2$ =34.492 درجة الحرية =12 مستوي المعنوية =0.001مستوي الدلالة = دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء كل يوم في مقدمة عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية خلال الأسبوع بنسبة 21.9%، يليها يومان في المرتبة الثانية بنسبة 18.2%، ثم جاء أربعة أيام في المرتبة الثالثة بنسبة 16.8%، ثم جاء في المرتبة الرابعة كلاً من يوم واحد وستة أيام أسبوعيًا بنسبة 16.1%، ثم جاء في المرتبة الخامسة خمس أيام بنسبة 7.3%، وأخيرًا جاء ثلاث أيام أسبوعيًا بنسبة 3.6%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (34.492) عند درجة حرية (12) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.001 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في عدد الأيام التي يستخدمون فيها التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

(17) التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية التي يتعرض لها أفراد العينة.

جدول رقم (17)

التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية التي يتعرض لها أفراد العينة وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / التطبيقات	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
تطبيقS Health	14	24.1	7	26.9	15	28.3	36	26.3	**3**
تطبيق نبض	10	17.2	2	7.7	11	20.8	23	16.8	**4**
تطبيق Gym adz	19	32.8	12	46.2	8	15.1	39	28.5	**2**
تطبيقSleep cyle	27	46.6	3	11.5	14	26.4	44	32.1	**1**
برنامج life usm	3	5.2	1	3.8	2	3.8	6	4.4	**5**
تطبيق صحتي	17	29.3	7	26.9	12	22.6	36	26.3	**3**
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء تطبيق Sleep cyle في مقدمة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية التي يتعرض لها أفراد العينة بنسبة 32.1%، يليها في المرتبة الثانية تطبيق Gym adz بنسبة 28.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة كلاً من تطبيق صحتي و تطبيق S Health بنسبة

26.3%، ثم جاء تطبيق نبض في المرتبة الرابعة بنسبة 16.8%، ثم جاء برنامج life usm في المرتبة الأخيرة بنسبة 4.4%.

(18) الموضوعات التي يتعرض لها أفراد العينة عند تصفحهم التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (18)

الموضوعات التي يتعرض لها أفراد العينة عند تصفحهم التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الموضوعات	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه	17	29.3	8	30.8	23	43.4	48	35	2
موضوعات تخص الأمراض المنتشرة الآن	16	27.6	4	15.4	12	22.6	32	23.4	4
موضوعات تخص الأمراض المعدية بين طالبات الجامعة	18	31	21	80.8	17	32.1	56	40.9	1
موضوعات تخص أحدث التطورات في المجال الصحي	11	19	7	26.9	13	24.5	31	22.6	5
موضوعات تخص الرشاقة والجمال	14	24.1	9	34.6	17	32.1	40	29.2	3
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء موضوعات تخص الأمراض المعدية بين طالبات الجامعة في مقدمة الموضوعات التي تعرضت لها أفراد العينة عند تصفح التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 40.9% يليها في المرتبة الثانية موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه بنسبة

35%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موضوعات تخص الرشاقة والجمال بنسبة 29.2%، ثم جاء موضوعات تخص الأمراض المنتشرة الآن في المرتبة الرابعة بنسبة 23.4%،ثم جاء موضوعات تخص أحدث التطورات في المجال الصحي في المرتبة الأخيرة بنسبة 22.6%.

(19) مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (19)

مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / مدى الثقة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	35	60.3	18	69.2	44	83	97	70.8
لا	23	39.7	8	30.8	9	17	40	29.2
المجموع	58	100	26	100	53	100	137	100

قيمة كا^2 = 7.840 درجة الحرية =2 مستوي المعنوية = 0.20 مستوي الدلالة = دالة

يتضح من الجدول السابق:– جاء مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الأولى بنسبة 70.8% يليها عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الثانية بنسبة 29.2%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (7.840) عند درجة حرية (2) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.20 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في مدى ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

(20)معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (20)

معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / معدل الثقة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أثق بدرجة كبيرة	15	42.9	9	50	18	40.9	42	43.3
أثق بدرجة متوسطة	12	34.3	6	33.3	14	31.8	32	33
أثق بدرجة منخفضة	8	22.9	3	16.7	12	27.3	23	23.7
المجموع	35	100	18	100	44	100	97	100

قيمة كا^2= 0.906درجة الحرية=4 مستوي المعنوية= 0.924 مستوي الدلالة= غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 43.3% يليها بدرجة متوسطة في المرتبة الثانية بنسبة 33% وأخيرًا جاء بدرجة منخفضة بنسبة 23.7%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (0.906) عند درجة حرية (4) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.924 ويعني ذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في معدل ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

(21) أسباب ثقة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (21)

أسباب ثقة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
لأن المسئولين عنها متخصصين	20	57.1	13	72.2	18	40.9	51	52.6	1
لأنها تقدم كتب مشهورة ومراجع موثوق بها	15	42.9	8	44.4	17	38.6	40	41.2	2
لأنها تقدم أراء لأطباء معروفين وثقة	17	48.6	5	27.8	14	31.8	36	37.1	3
جملة من سئلوا	35		18		44		97		

يتضح من الجدول السابق:- جاء لأن المسئولين عنها متخصصين في مقدمة أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 52.6%، يليها في المرتبة الثانية لأنها تقدم كتب مشهورة ومراجع موثوق بها بنسبة 41.2%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لأنها تقدم أراء لأطباء معروفين وثقة في المرتبة الأخيرة بنسبة 37.1%.

(22) أسباب عدم ثقة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (22)

أسباب عدم ثقة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
أفضل سؤال طبيب متخصص	16	69.6	8	100	9	100	33	82.5	1
لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت	9	39.1	8	100	7	77.8	24	60	3
لأنها قد تكون غير صحيحة	13	56.5	7	87.5	8	88.9	28	70	2
جملة من سئلوا	23		8		9		40		

يتضح من الجدول السابق:- جاء لأنها أفضل سؤال طبيب متخصص في مقدمة أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 82.5%، يليها في المرتبة الثانية لأنها قد تكون غير صحيحة بنسبة 70%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت في المرتبة الأخيرة بنسبة 60%.

(23) مدى مساهمة المضامين المطروحة بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية.

جدول رقم (23)

مدى مساهمة المضامين المطروحة بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / مدى المساهمة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ساهمت بدرجة كبيرة	36	62.1	18	69.2	22	41.5	76	55.5
ساهمت بدرجة متوسطة	8	13.8	7	26.9	19	35.8	34	24.8
ساهمت بدرجة منخفضة	14	24.1	1	3.8	12	22.6	27	19.7
المجموع	58	100	26	100	53	100	137	100

قيمة كا^2 =12.819 درجة الحرية =4 مستوي المعنوية = 0.012 مستوي الدلالة = دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء مدى مساهمة المضامين المطروحة بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 55.5% يليها ساهمت بدرجة متوسطة في المرتبة الثانية بنسبة 24.8% وأخيرًا جاء ساهمت بدرجة منخفضة بنسبة 19.7%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (12.819) عند درجة حرية (4) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.012 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في مدى مساهمة المضامين المطروحة بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية.

(24) نوع مساهمة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (24)

نوع مساهمة أفراد العينة الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / نوع المساهمة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
زيادة معلوماتي الصحية	27	46.6	13	50	15	28.3	55	40.1	1
معرفة الأمور شديدة الخصوصية	12	20.7	4	15.4	8	15.1	24	17.5	5
معرفة الأمراض المنتشرة الآن	14	24.1	7	26.9	6	11.3	27	19.7	4
معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية	13	22.4	8	30.8	11	20.8	32	23.4	3
معرفة المبادئ الأساسية للإسعافات الأولية	12	20.7	4	15.4	4	7.5	20	14.6	6
قضاء وقت الفراغ	24	41.4	10	38.5	15	28.3	49	35.8	2
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء زيادة معلوماتي الصحية في مقدمة نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بنسبة 40.1%يليها في المرتبة الثانية قضاء وقت الفراغ بنسبة 35.8%، ثم جاء في المرتبة الثالثة معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية بنسبة 23.4%، يليها في المرتبة الرابعة معرفة الأمراض المنتشرة الآن بنسبة 19.7%، ثم معرفة الأمور

شديدة الخصوصية في المرتبة الخامسة بنسبة17.5%، يليها في المرتبة الأخيرة معرفة المبادئ الأساسية للإسعافات الأولية بنسبة 14.6%.

(25) الذي يجذب أفراد العينة للتعرض للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (25)

الذي يجذب أفراد العينة للتعرض للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
بها ما أحتاج إليه من معلومات	22	37.9	6	23.1	14	26.4	42	30.7	1
تهتم بمشاكل طالبات الجامعة الصحية والنفسية	7	12.1	2	7.7	4	7.5	13	9.5	6
معلوماتها بسيطة	16	27.6	8	30.8	11	20.8	35	25.5	2
متطورة وتواكب الأحداث	12	20.7	6	23.1	7	13.2	25	18.2	3
شكلها جذاب	8	13.8	5	19.2	5	9.4	18	13.1	4
تتيح لي فرصة التفاعل مع الموضوعات	4	6.9	1	3.8	6	11.3	11	8	7
تمكنني من نشر المعلومات عبر تطبيقات الهاتف المختلفة لأصدقائي	9	15.5	3	11.5	5	9.4	17	12.4	5
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء بها ما أحتاج إليه من معلومات في مقدمة أسباب جذب أفراد العينة للتعرض للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 30.7%يليها في المرتبة الثانية معلوماتها بسيطة بنسبة 25.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة متطورة وتواكب الأحداث بنسبة 18.2%، يليها في المرتبة الرابعة شكلها جذاب بنسبة 13.1%، ثم جاء تمكنني من نشر المعلومات عبر تطبيقات الهاتف المختلفة لأصدقائي في المرتبة الخامسة بنسبة12.4%، يليها في المرتبة السادسة تهتم بمشاكل طالبات الجامعة الصحية والنفسية بنسبة 9.5%، وأخيرًا جاء تتيح لي فرصة التفاعل مع الموضوعات بنسبة 8%.

(26) أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (26)

أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأشكال	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
الحوار	18	31	3	11.5	7	13.2	28	20.4	3
التقرير	17	29.3	7	26.9	14	26.4	38	27.7	2
الخبر	14	24.1	6	23.1	7	13.2	27	19.7	4
التحقيق	13	22.4	4	15.4	6	11.3	23	16.8	5
الفيديوهات	21	36.2	10	38.5	15	28.3	46	33.6	1
الصور	19	32.8	11	42.3	16	30.2	46	33.6	1
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء كلاً من الفيديوهات والصور في مقدمة أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل عينة أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 33.6% لكلاً منهما، يليها في المرتبة الثانية التقرير بنسبة 27.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة الحوار بنسبة 20.4%، يليها في المرتبة الرابعة الخبر بنسبة 19.7%، وأخيرًا جاء التحقيق بنسبة 16.8%.

(27) المصادر التي تعتمد عليها عينة الدراسة للحصول علي المعلومات الصحية :

جدول رقم (27)

المصادر التي تعتمد عليها عينة الدراسة للحصول علي المعلومات الصحية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / المصادر	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية	58	62.4	26	66.7	53	77.9	137	68.5
المواقع الصحية الالكترونية	38	40.9	21	53.8	18	26.5	77	38.5
إجمالي من سئلوا	93		39		68		200	

يتضح من الجدول السابق:- جاءت التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في مقدمة الوسائل التي يفضل أفراد العينة الحصول منها علي المعلومات الصحية بنسبة 68.5% يليها المواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الثانية بنسبة 38.5%.

(28) أسباب تفضيل العينة للمواقع الصحية الالكترونية. تغير النتائج وفقا للجدول السابق:

جدول رقم (28)

أسباب تفضيل العينة للمواقع الصحية الالكترونية

وفقاً للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
الثقة في الجهة التي تقدم هذه المعلومات الصحية	19	50	16	76.2	12	66.7	47	61	**1**
الصدق في المعلومات الصحية المقدمة	4	10.5	4	19	3	16.7	11	14.3	**5**
طريقة تنفيذها وعرضها بأسلوب مشوق وجذاب	18	47.4	13	61.9	15	83.3	46	59.7	**2**
عمق المعلومات الصحية	6	15.8	4	19	3	16.7	13	16.9	**4**
تجيب علي كل التساؤلات المرتبطة بالمعلومات الصحية.	13	34.2	7	33.3	9	50	29	37.7	**3**
جملة من سئلوا	38		21		18		77		

يتضح من الجدول السابق:- جاء الثقة في الجهة التي تقدم هذه المعلومات الصحية في مقدمة أسباب تفضيل العينة للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 61% يليها في المرتبة الثانية طريقة تنفيذها وعرضها بأسلوب مشوق وجذاب بنسبة 59.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة تجيب علي كل التساؤلات المرتبطة بالمعلومات الصحية بنسبة 37.7%، يليها في

المرتبة الرابعة عمق المعلومات الصحية بنسبة 16.9%، وأخيرًا جاء الصدق في المعلومات الصحية المقدمة بنسبة 14.3%.

(29) أسباب تفضيل العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (29)

أسباب تفضيل العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوى الاجتماعي والاقتصادي / الأسباب	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي		الترتيب
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪	
سهولة الاستخدام وتوفير الوقت	15	25.9	13	50	17	32.1	45	2.8	**4**
طرق عرضها للمعلومات جذابة ومشوقة	12	20.7	11	42.3	15	28.3	38	27.7	**1**
ثقتي بالمعلومات الصحية التي تقدمها	14	24.1	10	38.5	8	15.1	32	23.4	**3**
بها جميع المعلومات التي أحتاجها	16	27.6	6	23.1	12	22.6	34	24.8	**2**
يقوم عليها خبراء متخصصون	17	29.3	8	30.8	13	24.5	38	27.7	**1**
جملة من سئلوا	58		26		53		137		

يتضح من الجدول السابق:- جاء كلاً من طرق عرضها للمعلومات جذابة ومشوقة و يقوم عليها خبراء متخصصون في مقدمة أسباب تفضيل العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 27.7% يليها في المرتبة الثانية بها جميع المعلومات التي أحتاجها بنسبة 24.8%، ثم جاء في المرتبة

الثالثة ثقتي بالمعلومات الصحية التي تقدمها بنسبة 23.4%، وأخيرًا جاء سهولة الاستخدام وتوفير الوقت بنسبة 2.8%.

(30) مقترحات أفراد العينة حول تطبيقات صحية معينة يحتاجوا إليها.

جدول رقم (30)

مقترحات أفراد العينة حول تطبيقات صحية معينة يحتاجوا إليها.

مقترحات	ك	%
أن تتيح فرصة التواصل مع أطباء متخصصين	**40**	20
القدرة علي معرفة ضغط الإنسان	**35**	17.5
أن يكون هناك أطباء أون لاين للإجابة علي الاستفسارات	**55**	27.5
تطبيقات للصحة النفسية	**18**	9
تطبيقات للتغذية العلاجية	**31**	15.5
تطبيقات شاملة للصحة والرشاقة	42	21
جملة من سئلوا	200	

يتضح من الجدول السابق:- جاء أن يكون هناك أطباء أون لاين للإجابة علي الاستفسارات في مقدمة مقترحات أفراد العينة حول تطبيقات صحية معينة يحتاجوا إليها بنسبة 27.5% يليها في المرتبة الثانية تطبيقات شاملة للصحة والرشاقة بنسبة 21%، ثم جاء في المرتبة الثالثة أن تتيح فرصة التواصل مع أطباء متخصصين بنسبة 20%، يليها في المرتبة الرابعة القدرة علي معرفة ضغط الإنسان بنسبة 17.5%،ثم جاء في المرتبة الخامسة تطبيقات للتغذية العلاجية بنسبة 15.5%، وأخيرًا جاء تطبيقات للصحة النفسية بنسبة 9%.

(31) رأي أفراد العينة في استحداث تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي.

جدول رقم (31)

رأي أفراد العينة في استحداث تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي وفقًا للمستوي الاجتماعي والاقتصادي

المستوي الاجتماعي والاقتصادي / رأي أفراد العينة	مرتفع		متوسط		منخفض		الإجمالي	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أوافق	48	51.6	23	59	58	70.6	129	64.5
لا أوافق	45	48.4	16	41	10	66.2	71	35.5
المجموع	93	100	39	100	68	100	200	100

قيمة كا^2 = 0.231 درجة الحرية =2 مستوي المعنوية = 0.891 مستوي الدلالة =غير دالة

يتضح من الجدول السابق:- جاء موافقة أفراد العينة على استحداث تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي في المرتبة الأولى بنسبة 64.5% يليها عدم موافقتهم في المرتبة الثانية بنسبة 35.5%.

وبحساب قيمة كا2 بلغت (0.231) عند درجة حرية (2) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.891 ويعني ذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد العينة وفقًا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي في رأي أفراد العينة في استحداث تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي.

(32) مقترحات أفراد العينة لتفعيل تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي.

جدول رقم (32)

مقترحات أفراد العينة

لتفعيل تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي

مقترحات	ك	%
يوجد فيه خدمة الإسعافات الأولية بحيث يتم طلبهم عند الحاجة	56	28
أن يتوفر جميع التخصصات	123	61.5
إمكانية التواصل مع الأطباء	75	37.5
الاهتمام برفع الثقافة الصحية	48	24
جملة من سئلوا	200	

يتضح من الجدول السابق:- جاء أن يتوفر جميع التخصصات في مقدمة مقترحات أفراد العينة لتفعيل تطبيق خاص بالمركز الطبيعي الجامعي بنسبة 61.5% يليها في المرتبة الثانية إمكانية التواصل مع الأطباء بنسبة 37.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة يوجد فيه خدمة الإسعافات الأولية بحيث يتم طلبهم عند الحاجة بنسبة 28%، وأخيرًا جاء الاهتمام برفع الثقافة الصحية بنسبة 24%.

(33) مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية المواقع الصحية الالكترونية.

جدول رقم (33)

مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية المواقع الصحية الالكترونية.

مقترحات	ك	%
نشر الموقع في واقع التواصل الاجتماعي	82	41
أن تكون مبسطة وسهلة ومتكاملة	65	32.5
ارتباط المعلومات بفيديوهات موثقة	98	49
معلومات متخصصة وليست مجرد منشورات	40	20
جملة من سئلوا	200	

يتضح من الجدول السابق:- جاء ارتباط المعلومات بفيديوهات موثقة في مقدمة مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 49% يليها في المرتبة الثانية نشر الموقع في واقع التواصل الاجتماعي بنسبة 41%، ثم جاء في المرتبة الثالثة أن تكون مبسطة وسهلة ومتكاملة بنسبة 32.5%، وأخيرًا جاء معلومات متخصصة وليست مجرد منشورات بنسبة 20%.

(34) مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية.

جدول رقم (34)

مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية

مقترحات	ك	%
الجودة في التصميم ووصوله لهدف بشكل سليم	89	44.5
السهولة في التسجيل	42	21
سرعة الرد من المتخصصون	49	24.5
الترويج لها	121	60.5
جملة من سئلوا	200	

يتضح من الجدول السابق:- جاء الترويج لها في مقدمة مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 60.5% يليها في المرتبة الثانية الجودة في التصميم ووصوله لهدف بشكل سليم بنسبة 44.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة سرعة الرد من المتخصصون بنسبة 24.5%، وأخيرًا جاء السهولة في التسجيل بنسبة 21%.

2- اختبار صحة الفروض.

الفرض الأول:

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الإلكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وبين دوافع استخدامهم لها .

جدول رقم (35)

يوضح العلاقة بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الإلكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وبين دوافع استخدامهم لها

المتغيرات	بين دوافع استخدامهم لها			
	معامل الارتباط	الاتجاه	القوة	مستوى الدلالة
معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الإلكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية	0.214	طردي	ضعيفة	داله 0.041

أظهر معامل الارتباط وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و بين دوافع استخدامهم لها حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.214 وهي دالة عند مستوى 0.41.

- **مما سبق يتضح تحقق صحة الفرض الأول.**

الفرض الثاني

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ومستوى المعرفة الصحية لديهم.

جدول رقم (36)

يوضح العلاقة بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية

ومستوى المعرفة الصحية لديهم

المتغيرات	مستوى المعرفة الصحية لديهم			
	معامل الارتباط	الاتجاه	القوة	مستوى الدلالة
تعرض طالبات الجامعة للمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية	0.405	طردي	ضعيفة	داله 0.045

أظهر معامل الارتباط وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و مستوى المعرفة لديهم حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.405 وهي دالة عند مستوى 0.45.

- **مما سبق يتضح تحقق صحة الفرض الثاني.**

الفرض الثالث:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة الصحية لدى طالبات الجامعة وفقًا للمتغيرات الديموجرافية (السن، المستوى الاقتصادي الاجتماعي) تتمثل في :

أ - توجد فروق دالة إحصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات الصحية (الأكبر سنا – الأصغر سنًا) ومستوى المعرفة الصحية وفقًا للسن لصالح الأكبر سنًا.

جدول رقم (37)

نتائج اختبار (ت) بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات الصحية (الأكبر سنا – الأصغر سنًا) ومستوى المعرفة الصحية وفقًا للسن (لصالح الأكبر سنًا)

البيان	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
نعم	127	2.27	0.648	198	0.322	غير داله
لا	73	2.23	0.613			

- أظهر استخدام اختبار "ت" (T.Test) عدم وجود فروق ذات دلالـــة إحصائية بين معدل استخدام المبحوثين (الأكبر سنًا – الأصغر سنًا)، حيث بلغت قيمة ت =0.322 وهى غير دالة

– **مما سبق يتضح عدم تحقق صحة الفرض الفرعي الأول من الفرض الثالث.**

ب - توجد فروق دالة إحصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات ذات المستوى الاجتماعي(المرتفع– المتوسط - المنخفض) ومستوى المعرفة الصحية (لصالح المستوى الاجتماعي المرتفع) وفقا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

جدول (38)

يوضح العلاقة بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات ذات المستوى الاجتماعي(المرتفع– المتوسط -المنخفض)

الفروق تبعا إلى		البيان	مجموع الدرجات	د. ح	متوسط	ف	الدلالة
استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات	المستوي الاجتماعي	بين مجموعات	**11.033**	**2**	**5.517**	**4.636**	**داله 0.05**
		داخل	**76.161**	**197**	**1.190**		
		مجموع	**87.194**	**199**			

يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة باختلاف مدى استخدامهم للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية الالكترونية, حيث كانت قيمة (ف) دالة عند مستوى 0.05

- **مما سبق يتضح تحقق صحة الفرض الفرعي الثاني من الفرض الثالث.**

الفرض الرابع:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و درجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها.

جدول رقم (39)

يوضح العلاقة بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و درجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها

المتغيرات	درجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها			
	معامل الارتباط	الاتجاه	القوة	مستوى الدلالة
معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية	0.201	طردي	ضعيفة	داله 0.029

أظهر معامل الارتباط وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و درجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها حيث بلغت قيمة معامل الارتباط 0.201 وهي دالة عند مستوى 0.29.

-مما سبق يتضح تحقق صحة الفرض الرابع.

□□□ □□□

خاتمة الدراسة

1- جاء تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الأولى بنسبة 54.5% يليها عدم تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الثانية بنسبة 45.5%، بينما جاء تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الأولى بنسبة 68.5% يليها عدم تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الثانية بنسبة 31.5%.

2- جاء تساعدني بحل بعض المشكلات الصحية التي تواجهني في مقدمة أسباب تعرض أفراد العينة للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 38.5% يليها في المرتبة الثانية تزيد ثقافتي الصحية بنسبة 31.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة اكتساب خبرة جديدة بنسبة 26.5%، بينما جاء متاحة في أي وقت وسهلة الاستخدام في مقدمة أسباب تعرض أفراد العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 32.1% يليها في المرتبة الثانية بها معلومات تفيدني بنسبة 27%، ثم جاء في المرتبة الثالثة طريقة عرضها للمعلومات مبسط بنسبة 24.8%.

3- جاء ستة أيام في مقدمة عدد الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة المواقع الصحية الالكترونية خلال الأسبوع بنسبة 47%، يليها يوم واحد في المرتبة الثانية بنسبة 31.5%، ثم جاء يومان في المرتبة الثالثة بنسبة 9.5%، بينما جاء كل يوم في مقدمة عدد

الأيام التي يستخدم فيها أفراد العينة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية خلال الأسبوع بنسبة 21.9%، يليها يومان في المرتبة الثانية بنسبة 18.2%، ثم جاء أربعة أيام في المرتبة الثالثة بنسبة 16.8%،

4- جاء الصفحات الصحية الملحقة بالمدونات في مقدمة المواقع الصحية الالكترونية التي يتعرض لها أفراد العينة بنسبة 27.5%، يليها في المرتبة الثانية المواقع الصحية الخاصة بنسبة 20%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موقع وزارة الصحة السعودية بنسبة 12%، ثم جاء موقع منظمة الصحة العالمية في المرتبة الأخيرة بنسبة 9%، بينما جاء جاء تطبيقSleep cyle في مقدمة التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية التي يتعرض لها أفراد العينة بنسبة 32.1%، يليها في المرتبة الثانية تطبيق Gym adz بنسبة 28.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة كلاً من تطبيق صحتي وتطبيق S Health بنسبة 26.3%، ثم جاء تطبيق نبض في المرتبة الرابعة بنسبة 16.8%، ثم جاء برنامج life usm في المرتبة الأخيرة بنسبة 4.4%.

5- جاء موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه في مقدمة الموضوعات التي تعرض لها أفراد العينة عند تصفح المواقع الالكترونية الصحية بنسبة 38.5% يليها في المرتبة الثانية موضوعات تخص الأمراض المنتشرة الآن بنسبة 21%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موضوعات تخص أحدث التطورات في المجال الصحي بنسبة 12%، بينما جاء موضوعات تخص

الأمراض المعدية بين طالبات الجامعة في مقدمة الموضوعات التي تعرضت لها أفراد العينة عند تصفح التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 40.9% يليها في المرتبة الثانية موضوعات تخص مرض ترغب في التعرف عليه بنسبة 35%، ثم جاء في المرتبة الثالثة موضوعات تخص الرشاقة والجمال بنسبة 29.2%.

6- جاء مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الأولى بنسبة 61% بينما جاء مدى ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في المرتبة الأولى بنسبة 70.8%.

7- جاء معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بدرجة متوسطة في المرتبة الأولى بنسبة 47.5%، بينما جاء معدل ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 43.3%.

8- جاء لأنها تعتمد على كتب مشهورة ومراجع موثوق بها في مقدمة أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 51.6%، يليها في المرتبة الثانية لأن القائمين على المواقع الصحية الالكترونية متخصصين بنسبة 46.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لأنها تقدم أطباء معروفين وثقة في المرتبة الأخيرة بنسبة 45.9%،

بينما جاء لأن المسئولين عنها متخصصين في مقدمة أسباب ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 52.6%، يليها في المرتبة الثانية لأنها تقدم كتب مشهورة ومراجع موثوق بها بنسبة 41.2%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لأنها تقدم أراء لأطباء معروفين وثقة في المرتبة الأخيرة بنسبة 37.1%.

9- جاء أفضل سؤال طبيب متخصص في مقدمة أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 71.8%، يليها في المرتبة الثانية لأنها قد تكون غير صحيحة بنسبة 56.4%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت في المرتبة الأخيرة بنسبة 46.2%، بينما جاء لأنها أفضل سؤال طبيب متخصص في مقدمة أسباب عدم ثقة أفراد العينة في الموضوعات التي يتم نشرها عبر التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 82.5%، يليها في المرتبة الثانية لأنها قد تكون غير صحيحة بنسبة 70%، ثم جاء في المرتبة الثالثة لا أفضل معرفة المعلومات الطبية من الانترنت في المرتبة الأخيرة بنسبة 60%.

10- جاء مدى مساهمة المضامين المطروحة بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 57.5%، بينما جاء مدى مساهمة المضامين المطروحة بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في

زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بدرجة كبيرة في المرتبة الأولى بنسبة 55.5%.

11- جاء زيادة معلوماتي الصحية في مقدمة نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالمواقع الصحية الالكترونية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بنسبة 41.5%يليها في المرتبة الثانية معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية بنسبة 34%، ثم جاء في المرتبة الثالثة معرفة الأمور شديدة الخصوصية بنسبة 26%، بينما جاء زيادة معلوماتي الصحية في مقدمة نوع مساهمة الموضوعات التي يتم نشرها بالتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في زيادة معلومات أفراد العينة الصحية بنسبة 40.1%يليها في المرتبة الثانية قضاء وقت الفراغ بنسبة 35.8%، ثم جاء في المرتبة الثالثة معرفة كيفية التصرف عند التعرض لمشكلة صحية بنسبة 23.4%.

12- جاء معلوماتها بسيطة في مقدمة أسباب جذب أفراد العينة للتعرض للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 42.5%يليها في المرتبة الثانية متطورة وتواكب الأحداث بنسبة 21.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة قدرتها على التواصل مع المتلقي بنسبة 20%، بينما جاء بها ما أحتاج إليه من معلومات في مقدمة أسباب جذب أفراد العينة للتعرض للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 30.7%يليها في المرتبة الثانية معلوماتها بسيطة بنسبة 25.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة متطورة وتواكب الأحداث بنسبة 18.2%.

13- جاءت الفيديوهات في مقدمة أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل عينة أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 37.5%يليها في المرتبة الثانية الصور بنسبة 37%، ثم جاء في المرتبة الثالثة التقرير بنسبة 30%، بينما جاء كلاً من الفيديوهات والصور في مقدمة أكثر الأشكال التحريرية التي تفضل عينة أفراد العينة أن تقدم من خلالها المعلومات الصحية داخل التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 33.6% لكلاً منهما، يليها في المرتبة الثانية التقرير بنسبة 27.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة الحوار بنسبة 20.4%.

14- جاءت التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية في مقدمة الوسائل التي يفضل أفراد العينة الحصول منها علي المعلومات الصحية بنسبة 68.5% يليها المواقع الصحية الالكترونية في المرتبة الثانية بنسبة 38.5%.

15- جاء الثقة في الجهة التي تقدم هذه المعلومات الصحية في مقدمة أسباب تفضيل العينة للمواقع الصحية الالكترونية بنسبة 61% يليها في المرتبة الثانية طريقة تنفيذها وعرضها بأسلوب مشوق وجذاب بنسبة 59.7%، ثم جاء في المرتبة الثالثة تجيب علي كل التساؤلات المرتبطة بالمعلومات الصحية بنسبة 37.7%، بينما جاء كلاً من طرق عرضها للمعلومات جذابة ومشوقة ويقوم عليها خبراء متخصصون في مقدمة أسباب تفضيل العينة للتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 27.7% يليها في

المرتبة الثانية بها جميع المعلومات التي أحتاجها بنسبة 24.8%، ثم جاء في المرتبة الثالثة ثقتي بالمعلومات الصحية التي تقدمها بنسبة 23.4%.

16- جاء أن يكون هناك أطباء أون لاين للإجابة علي الاستفسارات في مقدمة مقترحات أفراد العينة حول تطبيقات صحية معينة يحتاجوا إليها بنسبة 27.5% يليها في المرتبة الثانية تطبيقات شاملة للصحة والرشاقة بنسبة 21%، ثم جاء في المرتبة الثالثة أن تتيح فرصة التواصل مع أطباء متخصصين بنسبة 20%.

17- جاء موافقة أفراد العينة على استحداث تطبيق خاص بالمركز الطبي الجامعي في المرتبة الأولى بنسبة 64.5% يليها عدم موافقتهم في المرتبة الثانية بنسبة 35.5%.

18- جاء أن يتوفر جميع التخصصات في مقدمة مقترحات أفراد العينة لتفعيل تطبيق خاص بالمركز الطبيعي الجامعي بنسبة 61.5% يليها في المرتبة الثانية إمكانية التواصل مع الأطباء بنسبة 37.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة يوجد فيه خدمة الإسعافات الأولية بحيث يتم طلبهم عند الحاجة بنسبة 28%.

19- جاء ارتباط المعلومات بفيديوهات موثقة في مقدمة مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية المواقع الصحية الالكترونية بنسبة 49% يليها في المرتبة الثانية نشر الموقع في واقع التواصل الاجتماعي بنسبة 41%، ثم جاء في المرتبة الثالثة أن تكون مبسطة وسهلة ومتكاملة بنسبة 32.5%.

20- جاء الترويج لها في مقدمة مقترحات أفراد العينة لزيادة فاعلية التطبيقات الصحية بالهواتف الذكية بنسبة 60.5% يليها في المرتبة الثانية الجودة في التصميم ووصوله لهدف بشكل سليم بنسبة 44.5%، ثم جاء في المرتبة الثالثة سرعة الرد من المتخصصون بنسبة 24.5%.

21- توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الإلكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية وبين دوافع استخدامهم لها.

22- توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الالكترونية الصحية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية ومستوى المعرفة الصحية لديهم

23- لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات الصحية (الأكبر سنا – الأصغر سناً) ومستوى المعرفة الصحية وفقًا للسن (لصالح الأكبر سناً.

24- –توجد فروق دالة احصائيًا بين استخدام الشباب الجامعي للمواقع الصحية والتطبيقات ذات المستوى الاجتماعي(المرتفع– المتوسط –المنخفض) ومستوى المعرفة الصحية (لصالح المستوى الاجتماعي المرتفع) وفقا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

25- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدل تعرض طالبات الجامعة للمواقع الصحية الالكترونية والتطبيقات الصحية بالهواتف الذكية و درجة ثقتهم في الموضوعات التي يتم نشرها.

المراجع

(1)رضا عبد الواجد أمين." الصحافة الإلكترونية"، (القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع، 2007) ص71.

(2) Robert E. Park، "world news", 2 ed (USA, Harvard university,2002) p.161

(3) علي عبد الفتاح كنعان." نظريات الإعلام "، ط1(عمان : دار اليازوري العلمية للطباعة والنشر،2014) ص 165-167.

(4) منال هلال المزاهرة."نظريات الاتصال"، ط1(عمان:دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة،2012) ص208.

(5) حسن عماد مكاوي."نظريات الإعلام"،(القاهرة" الدار العربية للنشر والتوزيع،2009) ص200.

(6) عبير محمد حمدي، دور الانترنت والراديو والتليفزيون في إمداد الجمهور المصري بالمعلومات، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعة القاهرة : كلية الإعلام،2001)

(7)Tao Sun, Tsan – Kuo Chang, Gouging Yu Social structure, media system and audiences in China: testing the uses and gratification model university of Minnesota-Twin cities school of journalism and mass communication،chines people's university, public opinion Research Institute, Mass

Communication And Society (vol.4,Issue 2 May 2001) pp.199-217

(8) محمد منير حجاب." نظريات الاتصال"،(القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع،2010) ص 303.

(9)Baran، Stanly، Davis and Dennis: "Mass Communication Theory، Ferment and Future،" California : Wadsworth Publishing Company, 1995) pp. 226- 227.

(10) Melvin Defleur and Sandra Ball-Rokeach : "Theories of Mass Media Effects"Communication Research, (vol. 13, 1976) pp. 4-16.

(11) صفا محمود عثمان، دور قناة النيل الإخبارية في ترتيب أولويات القضايا السياسية لدى عينة من طلبة الجامعات، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعة القاهرة : كلية الإعلام،2002)

(12) نشوى محمد عقل، تقديم نشرات الأخبار في قنوات النيل المتخصصة : دراسة مسحية للمحتوى والقائمين بالاتصال،رسالة ماجستير غير منشورة (جامعة القاهرة : كلية الإعلام،2002)

(13) وليد فتح الله، اعتماد الشباب الجامعي الكويتي علي وسائل الإعلام في المعرفة بالقضايا العربية والدولية، المجلة المصرية لبحوث الإعلام (جامعة القاهرة : كلية الإعلام،العدد الـ 18، يناير/ مارس، 2003)

(14) Denis Mquail & Suen Windhal: Communication Models, 2ed, (London & New York, Long Man, 2005), pp. 114-115.

(15) William E. Loges, Perceptions Of Threat And Media System Dependency Relations, In: Communication Research, Vol. 21, No. 1, February 1994, pp. 5-13.

(16)توفيق أحمد خوجة، "الرعاية الصحية الأولية، تاريخ وانجازات ومستقبل"، (السعودية : الرياض، مطابع الفرزدق،2001) ص57.

(17) رياض أحمرو، "المراقب الصحي في الأردن مهامه وواجباته"، (عمان : الأردن، دار آرام للنشر، 2006) ص17.

(18) عثمان العربي." الإعلام والبناء الثقافي والاجتماعي للمواطن العربي" المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر (جامعة القاهرة، كلية الإعلام،2007).

(19) محمد الزكري." جهود الصحافة في نشر المعرفة الصحية: دراسة تحليلية على الصفحات الصحية " رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية :كلية الدعوة والإعلام 2006) ص54.

(20) Hornik,Robert,c,". Evidence for Behavior Change. Lawrence Erlbaum Associations,INC., Public Health Communication, 2002.

(21)Carter, L, Marshall, MD, Toward an educated Health Consumer, Mass Communication and Quality in Medical care, Heath care Journal, Vol (2), No(6) 2007, p 27.

(22) عصام الموسى، "الإعلام والمجتمع، دراسات في الإعلام الأردني والعربي والدولي"، (عمان : الأردن، منشورات وزارة الثقافة، عمان، الأردن،2003) ص8.

(23)https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2010.htm 25/2/2017 12:30A.M

(24) *Hyojung Park a, Bryan H. Reber b*. Using Public Relations to Promote Health: A Framing Analysis of Public Relations Strategies among Health Associations, Journal of Health Communication Vol 15, N. 1(Washington: Center for Global Health, January 2010).

(25) إبراهيم أبو اليزيد الدسوقي." دوافع تعرض المراهقين للبرامج التي تناقش الطب البديل بالفضائيات العربية والإشباعات المتحققة"، رسالة ماجستير غير منشورة(جامعه عين شمس: معهد الدراسات العليا للطفولة،2009).

(26) عبد الله أحمد على آل عيسى الغامدي. "تردد المراهقين على مواقع الإنترنت وعلاقته ببعض المشكلات النفسية "، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعة أم القرى: كلية التربية،2009).

(27) وفاء سعود العوام ."حول مدى اعتماد الشباب السعودي على وسائل الإعلام في تحقيق المعرفة الصحية دراسة ميدانية" رسالة ماجستير غير منشورة،(جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية الدعوة والإعلام – قسم الإعلام، 2009).
(28) مهيتاب ماهر أحمد الرافعي."معالجة الصحافة المصرية للقضايا الصحية", رسالة ماجستير غير منشورة (جامعه الزقازيق :كلية الآداب، 2008).
(29) عماد عبد المقصود على شلبي. "علاقة التعرض للبرامج الصحية بالقنوات التليفزيونية العربية بمستوى المعرفة الصحية لدى الجمهور المصري"، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعه القاهرة :كلية الإعلام، قسم الإذاعة،2007).
(**30**) عثمان العربي." استخدام الشباب السعودي لوسائل الإعلام والوعي الصحي عن البدانة والتغذية والنشاط البدني :دراسة مسحية في مدينة الرياض " المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر الإعلام والبناء الثقافي والاجتماعي للمواطن العربي،(جامعة القاهرة : كلية الإعلام،2007).
(**31**) وسام محمد أحمد نصر. "دور حملات التوعية في الراديو والتليفزيون في التثقيف الصحي للمرأة المصرية"، رسالة ماجستير غير منشورة (جامعه القاهرة :كلية الإعلام، قسم الإذاعة،2006).
(32) ناصر سعيد نصيب الغامدي." تعرض الجمهور السعودي للبرامج الصحية في القنوات التليفزيونية الفضائية العربية والإشاعات

المتحققة منها" رسالة ماجستير غير منشورة،(جامعة الملك سعود: كلية الآداب، قسم الإعلام،2006).

(33) محمد عبد المحسن الزكري." جهود الصحافة اليومية السعودية في نشر المعرفة الصحية دراسة تحليلية على الصفحات الصحية" رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الإمام محمد بن سعود : كلية الدعوة والإعلام،قسم الإعلام،2006).

(34) احمد باريان." دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض دراسة مسحية" رسالة ماجستير غير منشورة، (جامعة الملك سعود: كلية الآداب، قسم الإعلام، 2004).

(35) صابر سليمان عسران." دور المسلسلات العربية التليفزيونية في التوعية الصحية للمرأة الريفية : دراسة ميدانية."المجلة المصرية لبحوث الإعلام (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، ع 21، أكتوبر – ديسمبر 2003)ص 153.

(36) شعبان شمس."حول الآثار المترتبة عن التوعية الصحية لوسائل الإعلام على مرضى الفيروسات الكبدية في مصر دراسة حالة على مرضى الالتهاب الكبدي (C) " مجلة البحوث الإعلامية.(جامعة الأزهر، قسم الصحافة والإعلام، ع 17، 2002) ص15.

(37) أسماء السادة المحكمين مرتبة ترتيبًا أبجديًا:

1- د/ أحمد منصور هيبة مدرس الإعلام بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى

2- د/ أشرف محمد قادوس مدرس الإعلام بكلية الآداب – جامعة مصراتة – ليبيا
3- د/ الأمير الصحصاح مدرس الإعلام بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى
4- د/ رشا عبد الرحيم مزروع مدرس الإعلام – كلية التربية النوعية – جامعة المنصورة
5- أ.م.د/ زكريا الدسوقي أستاذ الإعلام المساعد بقسم الإعلام بمعهد الدراسات العليا للطفولة– جامعة عين شمس.
6- د/ سماح محمد جمال مدرس الإعلام بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى
7- أ.م.د/ عادل صادق محمد أستاذ مساعد - بقسم الصحافة – كلية الإعلام – جامعة اليرموك – الأردن
8- د/ عثمان بكر قزاز مدرس الإعلام ورئيس قسم البحوث الإعلامية بمعهد خادم الحرمين الشريفين.
9- أ.م.د / عزة مصطفى الكحكي أستاذ الإعلام المساعد – كلية التربية النوعية –جامعة المنصورة
10- ا.د / محمد غريب أستاذ الإعلام – كلية الآداب – جامعة الزقازيق
11- د/ مفتاح محمد اجعيه مدرس بقسم الإعلام–كلية الآداب– جامعة مصراته –ليبيا
12- د/ منى محمد طوخي سالم مدرس الإعلام بكلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى
13- د/ هويدا محمد لطفي مدرس الإعلام – كلية الآداب – جامعة الزقازيق
14- د/وجدي حلمي عبد الظاهر مدرس الإعلام بكلية العلوم الاجتماعية– بجامعة أم القرى.

15- د/ وديع محمد سعيد العزعزي أستاذ مساعد بقسم الإعلام – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى

16- د/ فيصل أحمد الشميري مدرس الإعلام – كلية العلوم الاجتماعية – جامعة أم القرى.

□□□ □□□

دور قناة نفرتيتي في إمداد الجمهور المصري بالمعلومات الصحية في إطار نظريتي فجوة المعرفة والاعتماد

مقدمة

أصبح الإعلام في عصر العولمة –وبفضل التطور التكنولوجي الهائل في المجالات الاتصالية المختلفة– يشغل موقعًا مركزيًا في الاستراتيجيات والسياسات والاقتصاديات للنظام الجديد الذي بدأ يتشكل في العقدين الأخريين من القرن العشرين، والمنظومة الإعلامية أصبحت تنافس المؤسسات التربوية والتعليمية في تلقين النشء والأجيال الجديدة أنماط سلوكية ومعرفية مختلفة.[1]

وتعتبر عملية نشر المعلومات أحد المهام التي تقوم بها وسائل الاتصال الجماهيرية للتأثير على المعرفة والفهم لدى الجمهور المتلقي، ولذلك تستطيع وسائل الاتصال الجماهيرية أن تقدم كثير من الموضوعات والقضايا المختلفة التي تهم المجتمع. [2]

ويتفق بعض الباحثين على أن المعلومات تؤدي دورًا جوهريًا في التحضر والتحول الاجتماعي من المستوى التقليدي إلى المستوى العصري، كما أن الحصول على المعلومات ظاهرة اجتماعية ارتبطت بحياة الإنسان منذ محاولاته الأولى للتعرف على البيئة المحيطة به. [3]

---

(1) إيناس أبو يوسف ، الصورة الذهنية للانتفاضة الفلسطينية لدى النشء : دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة الإعدادية بمحافظة الجيزة ، **المجلة المصرية لبحوث الإعلام** (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، العدد الرابع أكتوبر – ديسمبر 2001) ص1.

(2) Phillip Davison, " **Mass Media System and Effects**", (New York: CBS, College Publishing Co., 1982) P. 184.

(3) مصطفى عبد الفتاح ، أثر نشرات الأخبار وبرامج الأحداث الجارية في التليفزيون في تزويد المشاهدين بالمعلومات والأفكار مع دراسة تطبيقية على المشاهدين في دولة

ويعتبر الإعلام الصحي من المجالات البحثية الهامة التي يجب أن يُفرد لها اهتمام خاص في المجتمعات النامية. وإذا نظرنا للإعلام الصحي كمجال للدراسة نجد أنه حديث نسبيًا ولكن له أهمية خاصة حيث أنه يجمع بين كل من الاتصال الشخصي والجماهيري. ولقد نشأ بصفة رسمية في منتصف السبعينات عندما تبنى أعضاء مؤسسة إعلامية دولية –لها اهتمامات إعلامية –كلمة أو عبارة الإعلام الصحي Health Communication. وعلى الرغم من ذلك فإن العلاقة المتداخلة بين الإعلام والصحة كانت علاقة شرعية قبل ذلك بكثير، ومنذ ذلك اليوم فإن علماء الإعلام الصحي ظلوا يكافحون كي يخلقوا عالمًا فريدًا خاص بهم ويضعونه في الموضع اللائق.(1)

ويؤكد الباحثون على أن التليفزيون من أكثر الوسائل الملائمة في نشر المعلومات الصحية، حيث أصبح التليفزيون أحد أهم عوامل التنشئة الاجتماعية في ثقافة اليوم، حيث يمثل الكم الأكبر من الثقافة الجماهيرية الشائعة.(2)

ومن أهم التغيرات التي تبلورت خلال النصف الأخير من القرن العشرين التحول من المنظور "الحيوي الطبي" لحدوث الصحة أو نشأة المرض Biomedical Paradigm كنتيجة لتعامل ثنائي بسيط بين المسبب

قطر ، **رسالة دكتوراه غير منشورة** (جامعة القاهرة ، كلية الإعلام ، 1987) ص 47.

(1) سلوى إمام ، استطلاع رأي .. حول الإعلام الصحي ، **المجلة المصرية لبحوث الإعلام** (جامعة القاهرة ، كلية الإعلام، العدد الثاني، إبريل/ يونيو، 2000) ص3.

(2) Nacy Signorielle, “Television and Health: Images and Impact”, In: Charles Atkin and Lawrence Wallack, editors: **Mass Communication and Public Health** (sage Publications, Newbury Park, London, New Delhi, 1990) PP. 96-98.

والجسد المستهدف إلى المنظور الحيوي "نفسي–اجتماعي" Bio Psychological Paradigm والذي يقوم على تعدد العوامل التي تؤثر وتتفاعل فيما بينها مما يؤدي في نهاية الأمر إلى حدوث الصحة من جانب، أو حدوث المرض وتبعاته المحتملة ومنها الموت أو الإعاقة من جانب آخر، وتتفق هذه المتغيرات مع المفهوم الذي تتباه منظمة الصحة العالمية لمصطلح الصحة، حيث تُعرف بأنها حالة من اكتمال السلامة بدنيًا وعقليًا واجتماعيًا وليس مجرد انعدام المرض والعجز.[1]

وغني عن القول مدى الأهمية التي يحظى بها الإعلام الصحي لدى الجماهير، حيث يتصل مباشرة بصحة الإنسان، والتي تحظى باهتمام الفرد الأول في حياته.[2]

وقد أفرز التقدم الهائل في تقنيات الأقمار الصناعية بروز نوع من أقمار الاتصال الذي يسمح بنقل الإشارة التليفزيونية مباشرة إلى أجهزة الاستقبال بالمنازل فيما عرف بأقمار البث المباشر (Direct Broadcasting Satellite)، وقد ساهمت هذه الأقمار في ظهور القنوات الفضائية والقنوات المتخصصة، وعنيت مصر بأن يكون لها تواجد ذا دلالة في مجال الاتصالات والبث المباشر فأطلقت القمر الصناعي المصري (نايل سات 101) في أبريل

---

(1) علاء الشامي، دور الاتصال المباشر والراديو والتليفزيون في نشر المعلومات الصحية بين الشباب المصري: دراسة مقارنة، **رسالة ماجستير غير منشورة** (جامعة القاهرة ، كلية الإعلام ، 2001) ص 71.

(2) سونيا دبوس، عادل عبد الغفار ، أخلاقيات الإعلام الطبي بين النظرية والتطبيق، **المؤتمر الدولي الأول عن ضوابط وأخلاقيات الإعلام والإعلان الطبي 4–6 فبراير 2003**(جامعة الأزهر، المركز الدولي الإسلامي للدراسات والبحوث السكانية، 2003) ص 1.

1998. ويستوعب القمر 12 قناة قمرية، كل قناة تستوعب 4 قنوات تليفزيونية تصل إلى 8 قنوات تليفزيونية.. وهو ما يعني أن القمر يمكنه استيعاب 96 قناة تليفزيونية.[1] وأتبعه بالقمر الصناعي المصري (نايل سات 102).

وواكب إطلاق القمر الصناعي المصري ظهور العديد من القنوات المتخصصة التي تقدم خدماتها للمشاهدين في مختلف المجالات وأبرزها المجال الصحي الذي يركز على صحة الأسرة المصرية، وقد سارعت وزارة الصحة والسكان بإنشاء قنوات متخصصة لها على القمر الصناعي المصري النايل سات، فأنشأت قناة نفرتيتي لصحة الأسرة في 21 مارس 2000 لتقديم خدمات صحية متخصصة للأسرة المصرية.

مشكلة البحث:

يهتم الإعلام المصري بالقضايا الصحية المختلفة التي تهم المواطن المصري، ويأتي في مقدمة وسائل الإعلام اهتمامًا بهذه القضايا الصحية الراديو والتليفزيون نظرًا لطبيعتهما الملائمة لمخاطبة جمهور عريض على مستوى الجمهورية، ومن ثم تميزهما بالقدرة على إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية، ويبدو واضحًا في الخطة الإعلامية لاتحاد الإذاعة والتليفزيون أهمية القضايا الصحية في اهتمامات الاتحاد، حيث يأتي الاهتمام بالقضايا الصحية في مقدمة أولويات الخطة الإعلامية لاتحاد الإذاعة والتليفزيون[2].

---

(1) السيد النجار ، نايل سات : انطلاقة مصرية للقرن القادم . **جريدة الأخبار** (القاهرة، 7 نوفمبر 1995).

(2) اتحاد الإذاعة والتليفزيون، **الخطة الإعلامية العامة التفصيلية 2004/2003**، (القاهرة: الاتحاد، 2004)ص69.

وقد تبنت منظمة الصحة العالمية مفهومًا "للصحة" وذلك منذ إنشائها عام 1948، حيث ظهرت تبعًا لذلك مفاهيم أخرى تسعى المنظمة جاهدة لنشرها على مستوى العالم وتبحث عن آليات فاعلة لتنفيذها في دول العالم المتقدم منها والنامي على السواء، ومن هذه المفاهيم:

1- تحقيق الصحة للجميع بحلول عام 2000.
2- مفهوم الرعاية الصحية الأولية.
3- مفهوم الصحة كحق من حقوق الإنسان.[1]

كما جاء في إعلان (آلما آتا 1978)، المدخل إلى بلوغ جميع شعوب العالم بحلول عام 2000 مستوى من الصحة يمكنها أن تحيى حياة منتجة اجتماعيًا واقتصاديًا[2].

واهتم واضعو السياسة الإعلامية في مصر بمفهوم الصحة والتثقيف الصحي، وذلك من خلال البرامج الصحية لتحقيق الأهداف التالية[3]:

1- ضرورة اهتمام البرامج الصحية في مجال الوقاية بالربط بين عناصر الغذاء والصحة باعتبارهما مكملان لبعضهما وخاصة بالنسبة للفئات محدودة الدخل.

---

(1) منظمة الصحة العالمية، المفكرة رقم 50/3 سياسة توفير الصحة للجميع: المنشأ والولادة(جنيف – 1998) ص1.

(2) بوران برهان الدين مريدن ، تخطيط حملات التسويق الاجتماعي – بالتطبيق على حملات الصحة العامة في مصر **رسالة دكتوراه غير منشورة** (جامعة القاهرة ، كلية الإعلام ، 2001) ص 111.

(3) اتحاد الإذاعة والتليفزيون ، **الخطة الإعلامية العامة التفصيلية 2004/2003، مرجع سابق** ، ص 69.

2- توضيح وإلقاء الضوء على العلاقة الوثيقة بين البيئة والصحة في مختلف البرامج الصحية.
3- الإسهام في رفع مستوى الوعي الصحي لدى الموطنين.
4- تعريف المواطنين بأماكن العلاج المتاحة في مصر وخاصة العلاج المجاني.
5- إعلام المواطنين بأهمية الأمصال والطعوم واللقاحات باعتبارهما خط الدفاع الأول ضد الأمراض وخاصة للأطفال.

ورغبة في إعطاء المزيد من الاهتمام بالقضايا الصحية وتوعية المواطن المصري، قامت وزارة الصحة والسكان بإنشاء قناة حورس الطبية عام 1998 والتي تستهدف العاملين في المجال الطبي على اختلاف تخصصاتهم، حتى يمكن أن تكون نافذة حقيقية لتطوير أدائهم بما ينعكس إيجابًا على مستوى الصحة العامة والمواطن المصري.

كما أنشأت وزارة الصحة والسكان قناة نفرتيتي لصحة الأسرة كقناة تليفزيونية متخصصة تستهدف توعية الجمهور المصري على اختلاف خصائصه الديموجرافية بالقضايا الصحية المختلفة، وكيفية التعامل مع الموضوعات والقضايا ذات الارتباط المباشر بالصحة العامة[1].

وبدأ البث التجريبي لقناة نفرتيتي(*) في 21 مارس عام 2000[1] ولمدة ساعتين يوميًا إلى أن بدأ البث الرسمي في مايو من نفس العام بواقع

---

(1) عاطف عدلي العبد ، **الإذاعة والتليفزيون في مصر – الماضي والحاضر والآفاق المستقبلية** ، (القاهرة : دار الفكر العربي ، 2002) ص 275.

(*) تم توقيع عقد تخصيص قناتين بالقطاع الفضائي للقمر الصناعي الأول (نايل سات 101) بين الشركة المصرية للأقمار الصناعية (نايل سات) ووزارة الصحة والسكان في 19 أبريل 1998. (انظر ملحق رقم 6).

أربع ساعات يوميًا من العاشرة صباحًا حتى الثانية ظهرًا، ويعاد بثها مرتين يوميًا[2]، ثم أضيف في أكتوبر من نفس العام ساعتين على الهواء مباشرة أيام الأحد والثلاثاء والأربعاء والخميس، من السادسة مساءًا وحتى الثامنة مساءًا، ليصبح متوسط ساعات الإرسال خمس ساعات يوميًا. واستمرت ساعات الإرسال في التزايد المستمر، حتى وصل إلى ست ساعات يوميًا يعاد بثها مرتين خلال اليوم، إضافة إلى فترة البث المباشر من السادسة مساءًا حتى الثامنة مساءًا[3].

وتقوم قناة نفرتيتي بدور هام في توعية الجمهور المصري وفئاته وشرائحه المختلفة بأهمية الوقاية من الأمراض، وكيفية التعامل مع المرض في حال حدوثه، والتعريف بالأنشطة المختلفة بوزارة الصحة والسكان، والخدمات المقدمة للمواطنين، وأماكن الحصول على هذه الخدمات بالتركيز على رعاية الأمومة والطفولة، إضافة إلى مواجهة مختلف القضايا الصحية التي تواجه مصر[*] على اختلاف درجة خطورتها[4].

---

(2) http://www.drguide.mohp.gov.eg/News site/lcons/medical channels/ Nefertity aim.asp (18-6-2004).

(2) علاء الشامي ، **مرجع سابق** ، ص 56.

(3) مقابلة مع أ / فاطمة فؤاد – رئيس القناة الخامسة حاليًا ، والمشرف العام على القنوات الصحية سابقًا ، يوم السبت 2004/2/28 بمبنى التليفزيون المصري.

(*) سيقوم الباحث بتحديد نوعية القضايا محل الدراسة قبل إجراء الدراسة الميدانية على الجمهور.

(4) مقابلة مع أ / منيرة كفافي – نائب رئيس التليفزيون والمشرف العام على القنوات الصحية حاليًا ، يوم الاثنين 2004/3/8 في مكتبها بمقر قناة نفرتيتي بوزارة الصحة والسكان.

وللقيام بدور قناة نفرتيتي التوعوي، تقدم القناة عددًا من الأشكال البرامجية المختلفة التي تشمل العديد من المجالات مثل: المجال الإخباري الصحي، الثقافي الصحي، الدرامي الصحي، الرياضي الصحي، الترفيهي، الاجتماعي الصحي، والخدمات والتنمية.

وبذلك تصبح قناة نفرتيتي أول قناة فضائية عربية متخصصة تهتم بالصحة العامة للمواطنين(1)، وتستعين بالخبراء المتخصصين في المجال الطبي في إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية، وتقديم الثقافة الصحية المبسطة لأفراد الأسرة المصرية.

وبناء على ما سبق، تتركز المشكلة البحثية لهذه الدراسة في التعرف على طبيعة الدور الذي تقوم به قناة نفرتيتي لصحة الأسرة، ومدى اعتماد الجمهور المصري على هذه القناة كمصدر لاستقاء المعلومات الصحية عن الموضوعات والقضايا الصحية المختلفة، ومعرفة حجم الدور الذي تسهم به هذه القناة في رفع مستوى المعرفة الصحية، وإمكانية مساهمتها في ترشيد السلوكيات الصحية لدى المواطنين، إضافة إلى التعرف على مدى وجود فجوة في المعلومات الصحية بين الأفراد نتيجة تعرضهم لهذه القناة، أخذاً في الاعتبار خصائصهم الديموجرافية.

أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في الاعتبارات التالية:

1- ندرة الدراسات التي اهتمت بالقنوات الصحية المتخصصة، والتعرف على دورها الحقيقي في المجتمع.

---

(1) نهى عاطف العبد ، "علاقة الطفل المصري بالقنوات الفضائية العربية"، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 2003) ص225.

2- محاولة الدراسة تقييم أداء قناة نفرتيتي لمعرفة أوجه القوة والضعف، بحيث يسهم ذلك في تطوير أداء القناة مستقبلاً.

3- تطبق هذه الدراسة نظريتي الفجوة المعرفية والاعتماد على وسائل الإعلام، حيث توفر هذه الدراسة مناخًا ملائمًا لاختبار هاتين النظريتين.

4- الوقوف على أهمية الدور الذي يقوم به التليفزيون المصري في نشر الوعي الصحي لدى الجمهور.

أهداف الدراسة:

1) تحديد دور قناة نفرتيتي في إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية.

2) تقييم أداء الإعلام الصحي المتخصص في مصر، وبخاصة وأنها تجربة حديثة نسبيًا.

3) إمداد صانع القرار بمعلومات يعدل في إطارها سياسات الإعلام الصحي المتخصص.

4) تحديد مدى تأثير عدد من المتغيرات الوسيطة كالنوع، التعليم، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وغيرها من المتغيرات وبين مستوى الاعتماد على قناة نفرتيتي ومستوى معلومات الجمهور المصري الصحية.

5) التعرف على مدى قيام قناة نفرتيتي لصحة الأسرة بالتوعية الصحية تجاه بعض الموضوعات والقضايا الصحية.

الدراسات السابقة:

اهتم الباحثون في السنوات الأخيرة من القرن العشرين بدراسة العلاقة بين وسائل الإعلام وماهية الدور الذي يمكن أن تقوم به في مجال التثقيف

الصحي للجماهير، وقد تنوعت هذه الدراسات من حيث الأهداف والنظريات المستخدمة، وفيما يلي الدراسات السابقة المرتبطة بمشكلة البحث. وقد قام الباحث بترتيب الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع دراسته ترتيبًا زمنيًا من الأحدث إلى الأقدم.

أولاً: الدراسات العربية:

1- دراسة بشار مطهر: حول دور التليفزيون اليمني في إمداد الجمهور بالمعلومات الصحية(2003)(1)

استهدفت هذه الدراسة علي التعرف علي الدور الذي يقوم به التليفزيون اليمني في نشر المعرفة الصحية، حيث يستهدف البحث معرفة مدى وجود اختلافات معرفية لدي فئات الجمهور اليمني من ذوي المستوي الاجتماعي والاقتصادي المرتفع مقارنة بالمستوي الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، ومعرفة تأثير مجموعة المتغيرات التي تؤدي دورًا في ذلك التباين مثل التعليم، والاهتمام، ودوافع التعرض والانتباه والخصائص الديموجرافية وغيرها من المتغيرات التي يتوقع أن تؤثر في عملية اكتساب المعرفة الصحية.

ويهدف البحث أيضًا تحديد مدى تأثير البرامج الصحية المختلفة المقدمة من التليفزيون اليمني علي اكتساب الجمهور للمعرفة الصحية، والتعرف علي مدى قيام التليفزيون اليمني بالتوعية الصحية تجاه بعض المشكلات الصحية، وقد استخدم الباحث منهج المسح الذي يسمح باختبار فروض هذا البحث حيث قام الباحث بمسح تحليلي لثلاث دورات تليفزيونية في التليفزيون اليمني،

---

(1) بشار عبد الرحمن مطهر ، دور التليفزيون اليمني في إمداد الجمهور بالمعلمات الصحية، **رسالة ماجستير غير منشورة** (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 2003).

بالإضافة إلى قيام الباحث بمسح عينة من الجمهور للتعرف علي ما تحدثه البرامج والمضامين الصحية المختلفة في التليفزيون من فروق معرفية بين قطاعات الجمهور المتفاوتة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي والمختلفة في المستويات التعليمية وخبرتهم المباشرة بالمرض واهتماماتهم وخصائصهم الديموجرافية.

ويعتمد هذا البحث علي نوعين من العينات، عينة تحليل المحتوي للبرامج الصحية، وعينة الجمهور في العاصمة اليمنية (صنعاء) وقوامها (450) مفردة من المبحوثين، وهي عينة عشوائية طبقية Stratified Random Sample.

أهم النتائج:

- جاء موضوع الحصبة في صدارة الموضوعات التي تناولتها البرامج الصحية بالتليفزيون اليمني (القناة الأولي) وقد جاء بنسبة (25.7%)، يليه موضوع الكزاز الوليدي بنسبة (14.3%).
- أظهرت الدراسة أن المضامين الصحية التي تناولتها البرامج الصحية بالتليفزيون اليمني (القناة الأولي) تركز علي هدفي الوعي العلاجي والوقائي معًا بنسبة (57.1%) من إجمالي عينة الدراسة، يليه هدف الوعي الوقائي بنسبة (22.9%) ومن ثم هدف الوعي العلاجي بنسبة (20%).
- ارتفاع معدل مشاهدة التليفزيون اليمني القناة الأولي (الفضائية) بين أفراد العينة بنسبة (93.3%) بصفة دائمًا وأحيانًا، في حين بلغت نسبة الذين لا يشاهدون التليفزيون اليمني (6.7%).

- أفادت الدراسة أن المواد الإعلامية التي يحرص الجمهور (عينة الدراسة) علي مشاهدتها هي البرامج الإخبارية بنسبة (68%)، يليها البرامج الدينية بنسبة (59%)، فالدراما (المسلسلات والتمثيليات والأفلام والمسرحيات)، بنسبة (45.2%) في حين جاءت البرامج الصحية في الترتيب الرابع بنسبة (40.7%).

2- دراسة بوران برهان الدين: حول تخطيط حملات التسويق الاجتماعي بالتطبيق علي حملات الصحة في مصر (2001)[(1)]

في إطار التخطيط لحملات التسويق الاجتماعية Planning of Social Marketing Campaigns وهدف منظمة الصحة العالمية WHO بتوفير "الصحة للجميع بحلول سنة 2000" وتسعي هذه الدراسة إلى تقويم أساليب تخطيط وتنفيذ الحملات الإعلامية للتوعية الصحية في مصر، وذلك من خلال قياس مدى تجسديها لأهداف السياسة الصحية للدولة من ناحية، وقياس تأثيرها علي الجمهور المستهدف (المعرفة ــ الاتجاه ــ السلوك) من ناحية أخري، مما يسهم في تقييم مدى إسهامها في التنمية الاجتماعية في المجال الصحي عن طريق رفع مستوي الخصائص السكانية الصحية.

وتنمي الدراسة إلى البحوث الوصفية Descriptive، وتستخدم منهج المسح Survey من خلال الاستعانة بأسلوب المقابلة المتعمقة مع القائم بتخطيط حملات الصحة العامة، وأداة تحليل مضمون الرسالة الإعلانية لحملات الدراسة، وصحيفة الاستقصاء للتعرف علي تأثير حملة الدراسة الأولي والثانية علي الجمهور وتقييم مدى نجاحها بمقارنتها بأسس التخطيط لدي القائم بالحملة، كما أجرت الباحثة دراسة علي عينة قوامها (400) مفردة

---

(1) بوران برهان الدين مريدن ، **مرجع سابق** .

من البالغين الذين تتراوح أعمارهم من سن 25 سنة إلى 46 سنة فأكثر، مقسمة إلى ثلاث فئات عمرية تتناسب مع الجمهور المستهدف في حملتي الدراسة الولي والثانية من أفراد المجتمع الحضري والريف من الجمهور المصري في محافظتي الجيزة والقاهرة.

وفي إطار البحوث التجريبية Experimental تم استخدام المنهج شبه التجريبي Quassi Experimental لقياس نتائج حملة الدراسة الثالثة علي البناء المعرفي قبل وبعد التعرض.

وتم تحديد عينة الدراسة من حملات الصحة العامة مما يلي :

1- الحملة القومية للتنظيم ضد شلل الأطفال.
2- الحملة القومية للتنظيم ضد مرض الالتهاب الكبدي الوبائي (B).
3- الحملة القومية لمكافحة الدرن.

أهم النتائج:

1- أشارت النتائج أن معدل التعرض لإعلانات الصحة التليفزيونية بشكل منتظم بلغت (89.5%).
2- أظهرت النتائج أن معدل التعرض لإعلان شلل الأطفال التليفزيوني (89%)، وإعلان فيروس الالتهاب الكبدي (B) بلغ (69.3%)، وجاء إعلان الدرن التليفزيوني (100%).
3- كشفت النتائج عن ارتفاع نسبة الذين كونوا اتجاهًا نحو إعلانات الصحة التليفزيونية عامة إلى (86.1%)، وبنسبة (59.5%) نحو توصيف الإعلانات في كونها مفيدة وسهلة ومفهومة.
4- تقاربت نتائج ترتيب أولويات الاهتمام بالتصدي للأمراض الأكثر خطورة وانتشارًا في المجتمع إلى حد ما بين الجمهور القائم بالتخطيط لحملات التوعية الصحية.

3- دراسة علاء الشامي: حــول دور الاتصال المباشــر والراديــو والتليفزيون في نشر المعلومات الصحية (2001)[1].

استهدفت هذه الدراسة التعرف علي ماهية مصادر المعلومات التي يعتمد عليها الشباب في الريف والحضر لاستقاء المعلومات الصحية، وكذلك التعرف علي الاختلافات في الأثر المعرفي الناتج عن هذا الاعتماد، كما استهدف البحث أيضًا اختيار أثر بعض المتغيرات الوسيطة ــ كالمستوي الاجتماعي الاقتصادي، النوع، المستوي التعليمي ــ علي طبيعة العلاقة بين الاعتماد علي وسيلة بعينها ومستوي المعلومات الصحية للشباب، كما هدف البحث أيضًا التعرف علي اتجاهات الشباب المصري نحو مرض فيروس (C).

وتعتمد هذه الدراسة علي منهج المسح بالعينة، حيث أجريت الدراسة علي عينة عشوائية طبقية قوامها (400 مفردة)، من الشباب المصري في محافظة دمياط.

أهم النتائج:

1- أشارت النتائج إلى اختلاف نوع الوسيلة (الراديو، التليفزيون الاتصال المباشر) التي يعتمد عليها الشباب في استقاء المعلومات الصحية.

2- توصلت نتائج الدراسة إلى اختلاف مستوي المعلومات الصحية العامة للشباب المصري حول مرضي الالتهاب الكبدي الفيروس(C)، والفشل الكلوي يختلف باختلاف المنطقة الجغرافية للمبحوثين ومستوي الاهتمام.

---

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق.**

3- ارتفاع مستوي المعلومات الصحية لدي المعتمدين علي التليفزيون مقارنة بذويهم من المعتمدين علي الراديو والاتصال المباشر.

4- أظهرت النتائج إلى ارتفاع مستوي معلومات الشباب الصحية في الحضر مقارنة بذويهم في الريف.

5- أكدت الدراسة أن اتجاهات الشباب المصري نحـــو المصابين بالالتهاب الكبدي الفيروسي (C)، والفشل الكلوي تختلف باختلاف مستوي معلوماتهم الصحية العامة حول هذين المرضين، وأيضًا نوع الوسيلة التي يعتمدون عليها في استقاء تلك المعلومات.

4- دراسة مها الطرابيشي: انعكاسات التعرض للصحف الإلكترونية والورقية علي الثقافية الصحية للشباب لجامعي- دراسة تجريبية (2001)[1].

استهدفت هذه الدراسة قياس انعكاسات التعرض للصحف الإلكترونية والورقية علي الثقافة الصحية للشباب من خلال التعرف علي مصادر الحصول علي المعلومات الصحية ومضامينها ومدي إدراك الشباب لهذه القضايا وكذلك معرفة نوعية القضايا الصحية التي يدركها الشباب الجامعي.

واستخدم الباحث المنهج التجريبي باستخدام أسلوب Focus Group علي عينة قوامها 60 مفرد مقسمة إلى ثلاث مجموعات بواقع 20 مفردة للمجموعة.

---

(1) مها الطرابيشي ، انعكاسات التعرض لصحف الإلكترونية والورقية علي الثقافة الصحية للشباب المصري – دراسة تجريبية، **المؤتمر العلمي السنوي السابع** "الإعلام وحقوق الإنسان العربي" (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، مايو 2001) ص 189 – 243.

أهم النتـائج:

- أثبتت النتائج أن مصادر المعلومات الصحية لدي الشباب الجامعي تمثلت في الأطباء والصيادلة في الترتيب الأول بنسبة 14.7% تلاها الإنترنت بنسبة 11.4% ثم الصحف الورقية المصرية بنسبة 10.6% فالأصدقاء والمعارف بنسبة 9.9%، ثم التليفزيون المصري بنسبة 9.1%.
- كشفت النتائج ازدياد اعتماد الشباب الجامعي على مصادر الاتصال الشخصي في الحصول على المعلومات الصحية، كما كشفت النتائج أن نسبة (24.6%) تحصل على المعلومات الصحية من مصادر الاتصال الشخصي.

أظهرت النتائج وجود ارتباط إيجابي معتدل بين مستوى المعرفة الصحية العامة للذكور والإناث الذين يتعرضون للصحف الإلكترونية والورقية معًا، كما اتضح وجود ارتباط إيجابي قوي بين نوعية المعرفة الصحية المتعمقة لكل من الذكور والإناث.

5- دراسة سلوى محمد إمام: استطلاع رأي.... حول الإعلام الصحي (2000)[1].

استهدفت الدراسة التعرف علي أهم الملامح الرئيسية للإعلام الصحي الجيد من وجهة نظر أساتذة الإعلام والأطباء والتوصل إلى طرح أجندة للموضوعات الصحية التي يجب الاهتمام بها في الفترات القادمة، وأجريت الدراسة علي عينة عشوائية قوامها (150) مفردة مقسمة علي النحو التالي

(1) سلوى إمام ، **مرجع سابق** ، ص 3 – 58.

(100 مفردة) من الأطباء، (50 مفردة) من أعضاء هيئة التدريس بكلية إعلام القاهرة.

أهم النتائج:

- أظهرت نتائج الدراسة أن الاهتمام بصحة الأم من الموضوعات الهامة التي يجب أن يركز عليها الإعلام الصحي وذلك بنسبة (33.3%) من إجمالي المبحوثين.
- أوضحت نتائج الدراسة أن التغذية السليمة تعتبر من الموضوعات الهامة التي يجب التركيز عليها عند التعرض للمضمون الذي يركز علي الإعلام الصحي بنسبة(31.3%) من إجمالي المبحوثين، كما جاء موضوع التدخين بنسبة (28%) من إجمالي المبحوثين.
- أحتل نشر الوعي الصحي المركز الأول بين الأهداف المختلفة للإعلام الصحـــي بنسبة (94.6%) من إجمالي المبحوثين، ثم تلاها في المركز الثاني تغيير السلوكيات الخاطئة بنسبة (25.3%)، في حين احتل المركز الثالث خلق وتدعيم الاتجاهات الإيجابية بين الأهداف المختلفة للإعلام الصحي بنسبة (22%) من إجمالي المبحوثين.

6- دراسة حسن علي محمد: حول الاتجاهات الحديثة في دراسات استخدام الراديو والتليفزيون في تنمية المجتمعات المحلية في الدول النامية (2000)[1].

---

(1) حسن علي محمد ، الاتجاهات الحديثة في دراسات استخدام الراديو والتليفزيون في تنمية المجتمعات المحلية في الدول النامية، في: **المجلة المصرية لبحوث الإعلام** ، (القاهرة : كلي–ة الإع–لام، الع–دد الثامن ، 2000) ص 329– 370.

استهدفت هذه الدراسة التعرف علي الاتجاهات الحديثة في مجال دراسات استخدام الراديو والتليفزيون في تنمية المجمعات المحلية في الدول النامية، حيث استعرض الباحث مجموع الدراسات التي تناولت الراديو والتليفزيون في خدمة قضايا التنمية (الزراعة، الصحة، البيئة)، والتنمية السياسية، إضافة إلى التعليم الرسمي وغير الرسمي.

وعلي مستوي استخدام التليفزيون في مجال التنمية الصحية، خلص الباحث من خلال استعراضه للدراسات والبحوث التي تناولت دور التليفزيون في التنمية الصحية إلى استخلاص الملاحظات التالية على مستوى المناهج المستخدمة إضافة إلى النتائج العامة التي انتهت إليها الدراسة.

فعلي مستوي المناهج، فقد تنوعت الدراسات التي استخدمت التليفزيون في التنمية الصحية، ما بين البحوث العملية Quantitive Research، والبحوث التجريبية القائمة علي أسلوب مجموعات النقاش المركزة، والدراسات الكشفية Exploratory Studies وقد تعددت الأدوات البحثية في هذه الفئة حيث استخدام الاستبيان بصفة أساسية في البحوث الميدانية منها، وتحليل المضمون في بعض الدراسات الأخرى.

كما جمعت بعض هذه الدراسات بين الفروض والتساؤلات، أو التساؤلات فقط، التي جمعت بين الإستبانة المقننة والمقابلات المفتوحة في جمع المعلومات.

وعلي مستوي النتائج العامة، فقد انتهت الدراسة إلى الآتي:

- كلما أرتفع المستوي التعليمي زاد الإقبال علي مشاهدة البرامج الصحية.
- يوجد اهتمام ملحوظ بالمدينة علي حساب الريف.

- يوجد نقص في البرامج الصحية الموجهة للريف.
- استطاعت البرامج الصحية في التليفزيون أن تمد المرأة الريفية بالمعلومات الصحية وتزداد فاعليته إذا كانت المرأة متعلمة.
- يزداد اكتساب المعرفة الصحية إذا كانت تشبع احتياجات فعلية.
- تفوق التليفزيون علي غيره من وسائل الإعلام في نشر المعلومات الصحية.
- تفوق التليفزيون علي وسائل الإعلام الأخرى في المعرفة بأمراض مثل الإيدز أو الدرن.

7- دراسة هاني جعفر: حول توظيف التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأطفال (1999)[1].

استهدفت هذه الدراسة قياس مدى إمكانية توظيف التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأطفال، وفي هذا الإطار أجري الباحث دراسة تجريبية علي عينة من تلاميذ المدارس قوامها (240) مفردة تراوح أعمارهم ما بين 9-12سنة.

أهم النتائج:

1- أوضحت الدراسة أن للتليفزيون أثرًا واضحًا في إكساب الطفل المعلومات الصحية.

2- أشارت النتائج عن تفوق التليفزيون علي المطبوعات (الصحف والمجلات) في إكساب الطفل للمعلومات الصحية وقد يرجع ذلك إلى

---

(1) هاني عبد المحسن جعفر، توظيف التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأطفال... دراسة تجريبية علي عينة من الأطفال، **رسالة دكتوراه غير منشورة** (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، 1998).

إمكانيات التليفزيون المختلفة (الصوت، الصورة، الحركة، الألوان)، واستحواذ علي أكثر من حاسة.

3- كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الإناث والذكور في اكتساب المعلومات الصحية من خلال مشاهدة التليفزيون لصالح الأطفال الإناث.

4- توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال ذوي المستوي الاقتصادي المرتفع والمنخفض في اكتساب المعلومات من خلال مشاهدة التليفزيون لصالح الأطفال ذوي المستوي الاقتصادي المرتفع.

8- دراسة سوزان القليني: حول انعكاسات تعرض الطفل للتليفزيون علي ثقافته الصحية(1999)[1].

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف علي دور التليفزيون في إمداد أطفال الحضر والريف بالمعلومات الصحية من خلال اختبار مستوي المعرفة (مجرد الوعي والمعرفة المتعمقة) بين أطفال الحضر (القاهرة)، وأطفال الريف (الوجه القبلي والبحري)، كما تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على اختلاف النسق الاجتماعي والاقتصادي لأطفال المدينة والريف وانعكاسه علي ما يكتسبونه من معلومات صحية من التليفزيون.

وقد أجريت الدراسة علي عينة قوامها (150) مفردة من الأطفال من سنوات المراهقة (15 – 18 سنة) موزعة بالتساوي بين محافظتي المنيا

---

(1) سوزان يوسف القليني، انعكاسات تعرض الطفل للتليفزيون على ثقافته الصحية: دراسة مقارنة على عينة من أطفال الحضر والريف، **المجلة المصرية لبحوث الإعلام** ، العدد الخامس (جامعة القاهرة : كلية الإعلام، 1999) ص 47 – 85.

والدقهلية والقاهرة، وتعد هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تستهدف دراسة ظاهرة معينة هي دور التليفزيون في إمداد الطفل المصري بالمعلومات الصحية وقد استخدم منهج المسح الميدانين وتم استخدام صحيفة الاستبيان Questionnaire التي طبقت علي أطفال الحضر والريف موضوع العينة.

أهم النتائج:

1- أظهرت النتائج إلى قصور التليفزيون جميع مصادر المعلومات الصحية الأخرى بالنسبة لأطفال عينة الدراسة، كما ظهر الاتصال الشخصي ممثلاً في الأسرة كمصدر تالي لمعلومات الأطفال الصحية.

2- أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة المعرفة العامة الصحية لدي أطفال الحضر عن أطفال الريف، وبرزت حملات التوعية الصحية في التليفزيون بالإضافة إلى البرامج التليفزيونية التي يكتسب فيها الأطفال المعلومات.

3- ارتفاع نسبة المعرفة الصحية المتعمقة لدي أطفال الحضر عن أطفال الريف بفارق إحصائي ملحوظ.

4- تفوق الذكور عن الإناث في اكتساب المعرفة العامة، بينما تفوقت الإناث في اكتساب المعرفة المتعمقة، وقد جاءت النتائج معظمها لصالح ذكور وإناث الحضر.

5- تبين وجود علاقة بين المستوي الاجتماعي الاقتصادي للأطفال عينة الدراسة، ومستويات المعرفة، فكلما ارتفع المستوي الاجتماعي الاقتصادي كلما زادت مستويات المعرفة المكتسبة من التليفزيون.

9- دراســة عــزة الكحكي : الآثار المعرفية للحملات الإعلانية بالتليفزيون علي الجمهور المصري (1998)[1].

وقد اهتمت الباحثة في هذه الدراسة باختبار فروض نظرية المعرفة (Knowledge Gap)، لمعرفة أثر التعرض للحملات الإعلامية بالتليفزيون، ومدى تفاوت الأثر المعرفي، ودرجة اكتساب المعلومات بين قطاعات الجمهور المتفاوتة في المسوي الاجتماعي والاقتصادي ومستوي التعليم ودرجة الاهتمام، وكيف يؤدي هذا التفاوت إلى اتساع أو ضيق فجوة المعرفة بين قطاعات الجمهور، ومدى نجاح الحملات الإعلامية الصحية في تكوين الاتجاهات وذلك بالتطبيق على الحملتين القوميتين لمكافحة كل من الإيدز والدرن.

ويندرج هذا البحث تحت دراسات التأثير التي تستهدف الوقوف علي الجوانب المعرفية، والنفس اجتماعية، والسلوكية لفئات الجمهور المختلفة، كما يعد هذا البحث من البحوث الكمية Quantitative Research.

ويعتمد هذا البحث علي استخدام منهج المسح لعينة من الجمهور باستخدام أسلوب المسح التحليلي Analytical Survey بهدف التعرف علي أثر الحملتين الإعلاميتين موضوع الدراسة في إطار واقعي.

وقد تم إجراء الدراسة علي عينة عشوائية قوامها (400) مفردة من البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 15سة في مدينة المنصورة بمحافظة الدقهلية.

---

(1) عزة الكحكي، الآثار المعرفية للحملات الإعلانية التليفزيون علي الجمهور المصري: في إطار نظرية فجوة المعرفة، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 1998).

أهم النتائج:

1- أشارت النتائج إلى ارتفاع نسبة الذين يشاهدون إعلانات التوعية الصحية بالتليفزيون دائمًا إلى (72.5%) من العينة، في حين لم تتجاوز نسبة الذين يشاهدونها أحيانًا (27.5) فقط.

2- ارتفعت نسبة الاهتمام بموضوعي الإيدز والدرن حتى بلغت إجمالي معدل الاهتمام بموضوع الإيدز (89.25%)، وبلغ (91.5%) لحملة الدرن.

3- قرر (92.75%) من المبحوثين صلاحية التليفزيون كوسيلة للمعرفة بالمسائل الصحية، في مقابل (7.25%) فقط قروا عدم صلاحيته.

4- استفاد (91.5%) من العينة من إعلانات التوعية الصحية بالتليفزيون عمومًا (سواء بدرجة كبيرة ــ إلى حد ما).

5- أكد (52.19%) من المستفيدين من إعلانات التوعية الصحية أهميتها في "التوعية والإرشاد" كما أشارت نسبة (44.62%) إلى أهميتها بسبب "تزيد ثقافتي العامة" بدرجة كبيرة.

10- دراسة حسن إبراهيم مكي: حول دور الاتصال كمصدر للمعلومات الصحية في المجتمع الكويتـــي (1997)[1].

تختص هذه الدراسة ببحث دور وسائل الاتصال الجماهيري الكويتية في التثقيف الصحي للمواطنين، وذلك علي المستوى المعرفي، وعلي وجه التحديد من خلال نشر المعلومات الصحية.

---

(1) حسن إبراهيم مكي ، الاتصال الجماهيري كمصدر للمعلومات الصحية في المجتمع الكويتي، **المجلة المصرية لبحوث الإعلام**، العدد الأول (القاهرة : جامعة القاهرة: كلية الإعلام، 1997) ص 129-152.

كما هدفت الدراسة إلى التعرف علي معدل استخدام وسائل الاتصال الجماهيري الكويتية، وكذلك معدل النقص للمواد والبرامج الصحية التي تتضمنها وسائل الاتصال الجماهيري.

وقد أجريت الدراسة علي عينة عشوائية محددة قومها (100) مفردة من البالغين، ثم اختيارهم عشوائيًا من المنازل بواقع (20) مفردة من كل محافظة من محافظات الكويت الخمس.

واعتمدت الدراسة علي أداتين أساسيين في جميع لبيانات الأداة الأولي تتمثل في استمارة الاستبيان، والأداة الثانية تتمثل في المقابلة المفتوحة (Open Interview).

أهم النتائج:

1- أشارت النتائج إلى أن التعرض غير المنتظم للمواد والبرامج الصحية والصفة الغالبة علي كل الوسائل الجماهيرية (الصحف ــ الراديو ــ التليفزيون).

2- كشفت النتائج علي مدى التباين الواضح بين وسائل الاتصال الجماهيري من حيث دورها في نشر المعلومات الصحية، كما تكشف عن التباين بين مجموعات العينة من حيث استجاباتهم لهذا الدور وتقييمهم وفق متغيرات الجنس والسن والتعليم ومستوي الدخل والحالة الاجتماعية.

3- توصلت النتائج من حيث تذكر المعلومات الصحية المستمدة من محتوي هذه الوسائل فإن (41%) من العينة تذكر معلومات صحية مستمدة من الصحف، و(18%) تذكر معلومات مستمدة من التليفزيون، (12%) تذكر معلومات مستمدة من الراديو.

4- أظهرت النتائج بأن مشاهدة التليفزيون لم تضيق فجوة المعرفة لدي عينة الدراسة.

11- دراسة إنهام الدسوقي: حول مدى نجاح البرامج الصحية بالراديو والتليفزيون وتبني ممارسات صحية سليمة (1995)[1].

هدفت هذه الدراسة على مدى نجاح البرامج الصحية الراديو والتليفزيون أو فشلها في:

أ- تزويد القرويين بالمعلومات الصحية.

ب- تعديل آرائهم وأنماط سلوكهم مما يدفعهم إلى تبني السلوك السليم.

كما استهدفت الدراسة التعرف على العوامل التي تعوق البرامج الصحية في الراديو والتليفزيون عن أداء دورها في الريف.

وقامت الباحثة بتحليل مضمون البرامج الصحية في الراديو والتليفزيون في الفترة من أكتوبر إلى ديسمبر 1991، كما أجرت الباحثة دراسة ميدانية على عينة قوامها (400) مفردة من الذكور والإناث في الريف المصري من سن 15 سنة فأكثر، ووقع اختيار الباحثة على قريتين الأولي بمحافظة الغربية ممثلة للوجه البحري والثانية بمحافظة بني سويف ممثلة للوجه القبلي، وذلك بالاعتماد علي صحيفة الاستبيان كأداة لجمع البيانات الميدانية.

(1) إنهام الدسوقي أحمد ، البرامج الصحية في الراديو والتليفزيون وتبني الممارسات الصحية السليمة في الريف المصري، **رسالة دكتوراه غير منشورة** ، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 1995).

أهم النتائج:

1- بلغت نسبة مشاهدة البرامج الصحية بالتليفزيون (91.3%) من إجمالي من شاهدوا التليفزيون، في حين بلغت نسبة الاستماع إلى البرامج الصحية بالراديو (54.2%) من إجمالي من استمعوا إلى الراديو.

2- أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين مشاهدة البرامج الصحية وتبني ممارسات صحية سليمة، ويرجع ذلك إلى تركيز البرامج الصحية علي الأمراض وخطورتها، والاحتمال النسبي للممارسات الصحية السليمة كما ظهر ذلك من خلال الدراسة التحليلية.

3- أكدت الدراسة علي أهمية الدور الذي أسهم به التليفزيون في نشر الوعي الصحي بين الأفراد خاصة عند مرض البلهارسيا.

4- توصلت الدراسة إلى ضرورة تبسيط المعلومات والمفاهيم التي يعرضها ضيف البرنامج وضرورة شرح المصطلحات العلمية وتبسيطها.

12- دراسة هبة مسعد : حول تأثير وسائل الاتصال على تنظيم الأسرة في الريف المصري (1991)[1].

تستهدف هذه الدراسة التعرف على التأثير الفعلي لوسائل الاتصال الجماهيرية في مجال تنظيم الأسرة، وتطبيقه على المجتمع الريفي إذ تزداد فيه نسبة الأمية.

---

(1) هبة مسعد ، تأثير وسائل الاتصال على تنظيم الأسرة في الريف المصري ، **رسالة ماجستير غير منشورة**، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 1991).

وتنتمي هذه الدراسة إلى البحوث الوصفية التي تقوم علي وصف الخصائص المختلفة وجمع المعلومات حول موقف اجتماعي أو مجتمع محلي معين، وتستخدم هذه الدراسة طريقة المسح، حيث أجريت الباحثة دراسة ميدانية علي عينة قوامها (402) مفردة من الشباب تتراوح أعمارهم ما بين (15–45) سنة في قري محافظتي الفيوم والغربية، بالاعتماد علي صحيفة الاستبيان كأداة لجمع البيانات.

أهم النتائج:

1- توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين ارتفاع معدلات مشاهدة المبحوثين للبرامج الصحية بالتليفزيون وزيادة مستوي معلوماتهم الصحية حول درجة المعرفة بالجوانب المختلفة لوسائل تنظيم الأسرة.

2- جاء ترتيب وسائل الاتصال الجماهيرية وفق درجة التعرض، حيث احتل التليفزيون الترتيب الأول، واحتل الراديو المركز الثاني، وجاءت الجرائد والمجلات في المركز الثالث والرابع.

3- أشارت النتائج أيضًا إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين الاستماع للراديو وقراءة الجرائد والمجلات ومستوي معلوماتهم الصحية ووسائل تنظيم الأسرة.

4- وعن سؤال المبحوثين حول معرفتهم برأي الدين في تنظيم الأسرة، أجاب (89.6%) منهم بأن تنظيم الأسرة حلال بينما أجاب (7%) منهم بأن الدين يحرم تنظيم الأسرة لأنه يتدخل في أمور تتعلق بالزوجين فقط وأن الأبناء نعمة تفضل بها الله على الفرد، وأن رفض هذه النعمة من خلال ممارسة تنظيم الأسرة يعد خروجًا علي تعاليم

الدين، ولم يعرف (3.5) من إجمالي مفردات العينة عن رأي الدين في تنظيم الأسرة.

13- دراسة ميرفت كامل: حول تأثير وسائل الاتصال على تنمية الوعي الصحي في مصر (1986)[1].

تسعى هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير وسائل الاتصال على تنمية الوعي الصحي وكيفية مساهمتها في تعديل السلوك الغير صحي إلى سلوك صحي سليم.

وقد أجريت الدراسة على عينة شملت (250) مفردة من سكان قرية "ناهيا" بمركز إمبابة في محافظة الجيزة.

أهم النتائج:

- أشارت النتائج إلى أهمية التليفزيون في نشر المعلومات الصحية، فقد احتل المركز الأول كوسيلة للحصول على المعلومات بنسبة (37.5%)، وجاء في المركز الثاني الراديو ثم تلته الجرائد والمجلات.
- أظهرت نتائج الدراسة أن الوسيلة الأولى التي شجعت أفراد الأسرة على الذهاب إلى الطبيب لعلاج المرضى هي التليفزيون حيث بلغت النسبة (16.9%)، يليه المعارف والأقارب فقد بلغت النسبة (8.4%)، ثم الراديو وقد أحتل المركز الثالث ثم خطبة الجمعة وأخيرًا الصحف.

---

(1) ميرفت كامل ، تأثير وسائل الاتصال على تنمية الوعي الصحي في مصر: دراسة تجريبية على قرية مصرية، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 1986).

- أشارت النتائج إلى الارتفاع الملحوظ في نسبة من يشاهدون البرامج الصحية بالتليفزيون ويستفيدون من المعلومات المقدمة بها.

14- دراسة فرج الكامل: حول تقييم الحملة الإعلامية لتنظيم الأسرة (1985)[(1)].

استهدفت الدراسة تقييم الحملة الإعلامية لتنظيم الأسرة التي في وسائل الإعلام المصري والتي تمت في الفترة من 1980 إلى 1982، وذلك بهدف التعرف علي مدى نجاح الحملة في إحداث فجوة المعرفة والسلوك بين فئات الجمهور المختلفة، وقد أجريت هذه الدراسة علي عينة قوامها (2000 أسرة) تمثل سكان الجمهور المصري من المتزوجين في سنة 1982، واشترك في إجرائها الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء، وهيئة الاستعلامات ومركز التنمية الاجتماعية.

أهم النتائج:

- أظهرت نتائج الدراسة إلى فشل الحملة القومية لتنظيم الأسرة في توصيل لمعلومات للغالبية العظمي للجمهور المستهدف.
- أشارت النتائج إلى أن الحملة قد حدثت فجوة كبيرة في المعرفة والسلوك بين فئات الجمهور، حيث أرجع الباحث هذه النتيجة إلى وجود علاقة وثيقة بين الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأفراد واستخدامهم لوسائل الإعلام، حيث أشارت النتائج إلى أن التليفزيون يمثل أساسًا وسيلة ترفيهية للغالبية العظمى من المشاهدين.

---

(1) فرج الكامل ، **تأثير وسائل الاتصال: الأسس النفسية والاجتماعية** (القاهرة: دار الفكر العربي، 1985).

- أظهرت النتائج أيضًا إلى الحملة اعتمدت كثيرًا على الإعلان في الصحف والمجلات، مما أدى إلى تجاهل الغالبية العظمى من الجمهور المستهدف.

15- دراسة فرج الكامل: حول تقييم الحملة القوية لمكافحة مرض الجفاف (1983)[1].

ويهدف الباحث في هذه الدراسة إلى تقييم لحملة القوية لمكافحة مرض الجفاف والتي بدأت في الإسكندرية بشكل تجريبي من خلال الإذاعة المحلية عام 1983 ثم أجريت الدراسة على عينة قوامها (373) مفردة، ثم تطورت الحملة في يناير 1984 إلى حملة قومية عندما تم استخدام التليفزيون في الحملة.

وهدفت الدراسة في التعرف علي مدى نجاح الحملة الإعلامية في توعية وتعليم الأمهات بمفهوم الجفاف وكيفية التغلب عليه من أجل إنقاذ الأطفال الذين يموتون سنويًا في مصر بسبب الجفاف.

أهم النتائج:

- أظهرت نتائج الدراسة إلى أن الحملة الإعلامية هي تأكيد حقيقة احتياج الجمهور إلى معلومات تقدم إليه شكل جيد عن مشاكله واحتياجاته.
- تبين أن الحملة الإعلامية كان لها تأثير كبير للغاية، وأن الزيادة في المعرفة قد تبعها أيضًا تغيير في السلوك.
- أشارت النتائج أيضًا إلى أن التليفزيون كان أكثر الوسائل تأثيرًا، حيث ذكرت الغالبية العظمي من أفراد العينة انه كان المصدر الرئيسي لمعلوماتهم.

---

(1) **نفس المرجع السابق.**

ثانيًا : الدراسات الأجنبية:

1- دراسة توماس مورتن وجولي دك Thomas A. Morton & Julie M. Duck حول: العلاقة بين وسائل الاتصال المختلفة والإحساس بالخطر تجاه الأمراض التي تهدد الصحة" (2001) [1].

استهدفت هذه الدراسة اختبار العلاقة بين المصادر المختلفة للاتصال، سواء من خلال وسائل الإعلام أو من خلال الاتصال الشخصي والإحساس بالخطر أو إدراك خطورة مرض ما على مستويات مختلفة من المرجعيات (الاجتماعية أو الشخصية) وقد طبقت الدراسة تحديدًا على مرض سرطان الجلد، وذلك ضمن الأمراض التي تهدد الصحة.

وتشير الدراسة إلى أن الإحساس بالخطر الشخصي هو أهم العناصر في معظم نماذج السلوك الصحي والتي غالبًا ما تلعب الحملات الإعلانية أو الحملات الصحية على وترها.

كما تشير الدراسة أيضًا بأنها طورت فرضًا أساسيًا للدراسة وهو أن التعرض لمضمون وسائل الإعلام الذي يحذر من خطر مرض ما، سوف يرتبط بزيادة في إدراك هذا الخطر أو الإحساس بالنسبة للآخرين أيضًا، في حين أن الارتباط سوف يكون أكبر بين الاتصال الشخصي وبين الإحساس بخطر المرض بالنسبة للشخص نفسه أكثر من الآخرين.

---

(1) Thomas A Morton & Julie M. Duck, "Communication and Health Beliefs : Mass and Interpersonal Influences on Perceptions of Risk to Self and Others", **Communication Research**, (vol. 28, No. 5, october 2001), pp. 602-627.

وقد أجرى الباحثان دراسة استطلاعية لتحديد القضايا الصحية الأكثر انتشارًا في المجتمع في تلك الفترة، واتضح أن خطر مرض سرطان الجلد من أكثر القضايا الصحية شيوعًا في ذلك الوقت، وتعتبر وسائل الإعلام من أهم المصادر للحصول على المعلومات حول هذا المرض، وقد بلغ حجم العينة الأساسية للدراسة (117) مفردة، من دارسي علم النفس في إحدى الجامعات الأسترالية تراوحت أعمارهم ما بين 16 – 32 عام.

أهم النتائج:

- أوضحت الدراسة أن تأثير وسائل الإعلام جاء متوافقًا مع إحساس الجمهور وإدراكه لمضمون وسائل الإعلام على أنه أكثر إفادة ومحققا للهدف المعرفي حول هذا المرض.
- كما أشارت النتائج أيضًا بأن الاتصال الشخصي لعب دورًا في العلاقة بين وسائل الإعلام والتعرض لها، والتأثيرات على الشعور بالخطورة سواء على المستوي الشخصي أو المجتمعي على الرغم من أن الطبيعة الخاصة لهذه العلاقة قد اختلفت على كل مستوى من مستويات الحكم على تأثير الاتصال الشخصي.

وأظهرت الدراسة أيضًا بأن المبحوثين الذين ناقشوا مرض سرطان الجلد مع غيرهم، قد شعروا بإحساس الخطر الشخصي على أنفسهم من الإصابة بالمرض، وعلى العكس من ذلك فإن الأفراد الذين تعرضوا لمعلومات عن المرض من خلال الصحف كانوا أكثر إحساسًا بخطورة المرض على الآخرين.

2- دراسة ميشيل كريستنس وسيبرومانسون Michelle Christensen & Spero Manson حول: التحليل والشرح

والتفسير لثلاث عائلات أمريكية من أصول هندية لفهم فكرة تواصل الأجيال من خلال التحليل النفسي (2001) [1].

استهدفت هذه الدراسة التعرض بالتحليل والشرح والتفسير لثلاث عائلات أمريكية من أصول هندية، خضعت للتحليل النفسي في مركز للصحة النفسية.

وتشير الدراسة إلى أنها قد استخدمت فكرة اندماج البالغين أو الإطار النظري المرتبط بالعلاقة بين الكبار والأجيال الأصغر سناً في محاولة منها لفهم فكرة تواصل الأجيال المتعاقبة بينهما وبين بعض ومدى تحقق ذلك ومن ثم الوصول لنتيجة عامة من خلال الحالات الثلاث لهذه العلاقة الاجتماعية في باقي المجتمع الأمريكي ذوي الأصول الهندية.

وبلغت عينة الدراسة ثلاث أفراد أو ثلاث حالات (عائلات) أمريكية من أصول هندية، تراوحت أعمارهم من سن الطفولة المبكرة وحتى سن 11 عام، في حين تراوحت أعمار الآباء والأمهات ما بين سن 29 – 43 عام.

وطبقت الدراسة على خطوتين، الأولى حاولت اختيار ثلاث فئات مختلفة من المجتمع وتم تعريضها للتحليل النفسي، لإتاحة الفرصة للخروج بمزيد من الفهم للطبقات المختلفة من المشكلات التي يتم مواجهتها من قبل هذه العائلات.

---

(1) Michelle Christensen & Spero Manson, "Adullt Attatchment as a Framework for Understanding Mental Health and American Indian Familiers", **American Behavioral Scientist (ABS)**, (Vol. 44, No,9, May 2001) pp. 1447 – 1465.

أما الخطوة الثانية، فقد تم استخدام المدخل النظري الخاص بتواصل البالغين Adult Attachment التي ينتقل بها آليات الحركة أو طرق المعيشة أو بمعني ثالث نمط حياة العائلة من جيل إلى الجيل الذي يليه.

أهم النتائج:

- ساعد استخدام المدخل النظري الخاص بتواصل الأجيال في الحالات الثلاث كمرشدًا فعالاً.
- استفاد الباحثان من هذا الإطار في مساعدة الأب والأم في تذكر مرحلة الطفولة، ومدى تأثير ذلك على طريقة معاملة الآباء لأطفالهم.
- على الرغم من أهمية هذا الإطار النظري، إلا أن أوجه القصور فيه ظهرت عند تطبيقه بشكل خاص على نظام العائلات الأمريكية من أصول هندية، ويرجع ذلك إلى تجاهله لنظام العائلة ذات النظام التربوي المفتوح في هذه المجتمعات، حيث ينفتح الطفل على أكثر من مربي وأكثر من وجه، ومن ثم فإن الافتراض القائل بأن الطفل لا يرتبط فقط بالأم والأب، وإنما يرتبط بأكثر من شخصية خارجية.

3- دراسة "إيتزهاك يانوفيتزكي" و"كورتني بنيت" Itzhak Yanovitzky & Courtney Bennett حول: تأثير وسائل الإعلام على تغيير السلوك المتعلق بشرب الكحوليات أثناء القيادة (1999) [1].

(1) Itzhak Yanovitzky 1 & Countney Bennett, "Media Attention, Institutional, Response, and Health Behavior Change , the Case of Drunk Driving, 1978 – 1996)", **Communication Research**, (vol. 26, No. 4, August 1999), pp. 429 – 453.

تهتم الدراسة الحالية بتأثير وسائل الإعلام على السلوك، وارتباط هذا التأثير بتدخل العديد من المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وتختبر الدراسة المدى الذي يمكن أن تحدثه التغيرات المتعاقبة في تركيز وسائل الإعلام، وحجم هذا التركيز وخاصة المتعلق بسلوك شرب الكحوليات أثناء القيادة (Drunk Driving)، والوقوف على تأثير تركيز وسائل الإعلام على الإقلال من هذه الظاهرة السلوكية خلال الفترة 1978 – 1996.

وقد قامت الدراسة على ثلاثة فروض أساسية هي :

- ترتبط المستويات الأعلى من الاستجابة السياسية لمشكلة التعاطي أثناء القيادة بمستويات منخفضة من المشاركة السلوكية في علاج هذه المشكلة.
- ترتبط المستويات الأعلى من تركيز وسائل الإعلام على مشكلة التعاطي أثناء القيادة بمستويات منخفضة من المشاركة في علاج هذه المشكلة، وعندما يتم التحكم في أثاث هذه الاستجابة السياسية على المشاركة في علاج هذه المشكلة فإن هذا الارتباط سوف يقل جزئيًا.

وقام الباحثان بتحليل المضمون للأخبار المتعلقة بمشكلة التعاطي خلال شهي يناير 1978 وديسمبر 1996، وتم تطبيق الدراسة على كلا من صحيفتي النيويورك تايمز، والواشنطن بوست، وقد بلغ حجم العينة من هذه الأخبار على مدى 225 شهر، 4238 قصة إخبارية.

أهم النتائج:

- تشير نتائج الدراسة إلى أنه بالرغم من التأثيرات الجزئية المباشرة لوسائل الإعلام على التشريعات الحكومية المتعلقة بمشكلة التعاطي أثناء القيادة، والسلوك كان واضحًا، إلا أن التأثير المباشر لوسائل

الإعلام على السلوك لم يعد ذو أهمية نسبية عندما تم التحكم في تأثير التشريع على السلوك.

- تشير نتائج الدراسة أيضًا إلى أنه على الدراسات المستقبلية القادمة أن تكشف الغطاء عند تأثير وسائل الإعلام على السلوك الإنساني، وخاصة الآثار غير المباشرة على البيئة الاجتماعية والثقافية التي تحيط بالأفراد.

4- دراسة "توماس فانلتي" و " والتر سابا" Thomas W. Valente & Walter p. Saba حول: مقارنة تأثير وسائل الإعلام والاتصال الشخصي على الجمهور أثناء الحملات الصحية في بوليفيا (1998)[1].

استهدفت هذه الدراسة مقارنة تأثير كل من وسائل الإعلام والاتصال الشخصي علي الجمهور أثناء إحدى الحملات الإعلامية المتصلة بالتناسل أو الإنجاب في بوليفيا Bolivia، وقد طبقت الدراسة الخطوات الست التالية المتعلقة بمجال تغيير السلوك وهم الوعي بالمعلومات التفصيلية، الاتجاهات، النوايا السلوكية، الاتصال الشخصي وأخيرًا استخدام وسائل تنظيم الأسرة.

وتشير الدراسة بأنه قد تم توظيف أساسيات ومبادئ الانتشار لتحديد خطوات التغيير في السلوك والمؤشرات الخاصة بالصحة الإنجابية التي يمكن أن تتأثر من خلال حملات وسائل الإعلام، وقد قارنت الدراسة التأثيرات النسبية لوسائل الإعلام من جهة والاتصال الشخصي من جهة أخري.

---

(1) Thomas W. Valente. & Walter p. Saba, “Mass Media and Influence in a Reproductive Health Communication Campaign in Bolivia”, **Communication Research**, (Vol.25, No.1, February 1998), pp. 96 – 125.

وقد اختبرت الدراسة ثلاث فروض أساسية هي كالتالي:

1- يرتبط التعرض للاتصال الشخصي بزيادة الوعي وكذلك المعرفة والاتجاه والنية نحو استخدام وسائل منع الحمل).
2- يرتبط التعرض للاتصال الشخصي بزيادة في الخطوات الست لتغيير السلوك (الوعي، المعرفة، الاتجاه نحو النية نحو ممارسة....، الاتصال الشخصي عن....، ثم الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل).
3- التأثير المتعدد أو التفاعل بين الحملة الإعلامية والتعرض لوسائل الاتصال الشخصي سوف يرتبط إيجابيًا بخطوات تغيير السلوك.

وقد أجرى الباحثان في هذا الصدد دراستين، ففي الدراسة الأولى، تم اختيار عينتين، تم اختبارهما بشهرين قبل وبعد الحملة الإعلامية وبلغ حجم العينة (2300) مفردة موزعة ين أهم سبع مدن في بوليفيا.

أما الدراسة الثانية فقد أجريت بعد مضي عام تقريبًا، في سبتمبر 1995، تم اختبارها مرة أخري في فبراير 1966، وبلغ حجم العينة في هذه الدراسة (800) مفردة.

أهم النتائج:

- توصلت الدراسة إلى أن لكلا من حملات وسائل الإعلام والاتصال الشخصي دورًا مهمًا في الوصول إلى تغيير السلوك الست، إلا أن الدراسة لم تتوصل إلى وجود تفاعل بين كلا من الاتصال الشخصي والحملات الإعلامية.
- كما أشارت نتائج الدراسة أيضًا إلى أن الحملات الإعلامية ارتبطت بتبني استخدام وسائل منع الحمل لدي هؤلاء الأفراد الذين ينتموا أو

يتعرضوا للاتصال الشخصي لعدد محدود من مستخدمي وسائل منع الحمل.

- وأضافت الدراسة إلى أن الحملات الإعلامية لا ترتبط ارتباطا إيجابيًا بهؤلاء الأفراد الذين ينتموا لجماعات الاتصال الشخصي والتي تضم الأغلبية من مستخدمي وسائل منع الحمل.

5- دراسة ريمال وفلورا Rimal، R. N. and Flora, J. A حول: اختبار وتحليل الكيفية التي يتأثر بها السلوك الغذائي الخاص بربات المنزل والبالغين من خلال الحملات الإعلامية"(1998)[1]..

استهدفت الدراسة اختيار وتحليل الكيفية التي يتأثر بها السلوك الغذائي الخاص بربات المنزل والأطفال والبالغين من خلال الحملة التي سميت بحملة "ستنافورد" Stanford.

وقد أجريت الدراسة اختبارات من ثلاث أجزاء لنموذج تراكمي يتعلق بالتأثير المزدوج الذي انتشر في الأسرة نتيجة هذه الحملة، حيث تعتقد الدراسة أن أفراد الأسرة يمثلون مصدرًا للتأثير على بعضهم البعض وهم أيضًا مجال للتأثير من خلال ما يكتسبونه من عوامل خارجية، وبلغ حجم العينة في هذه الدراسة 576 مفردة.

أهم النتائج:

أشارت النتائج إلى أن الحملات العامة الخاص بالتوعية الصحية يمكن أن تصبح أكثر فعالية إذا ما أخذت في اعتبارها فكرة التركيز على الأطفال

(1) Rimal, R. N. and Flora, J. A , "Bidirectional Familiar Influences in Dietary Behavior : Test of a Model of Campaign Influences", **Human communication Research**, (Vol.24, No. 4, 1998), pp. 610 – 637 .

والبالغين كمصادر محتملة للتأثير، وتصنيف الدراسة أيضًا إلى أن مثل هذه الجهود والأنشطة يمكن تدعيمها بشكل أكثر فعالية من خلال تشجيع العائلات لتغيير السلوك الغذائي.

6- دراسة سكرادر وميزر يسكي " Schrader, J.T. and Mizeski, R حول البحث عن العلاقة بين الحاجة للمعرفة ومدى استجابة المستهلك بمنع تسويق الكحوليات بين طلبة الجامعات(1998)[1].

استهدفت هذه الدراسة اختبار تأثير الحاجة إلى لمس العاطفة والوجدان لدي الجمهور وبناء الشخصية من هذه الناحية، ومدى الاستجابة لإعلانات التوعية العامة ضد الكحوليات.

وقد سعت هذه الدراسة لاكتساب مزيد من الفهم لمعرفة كيف إن الحاجة للمعرفة، البحث عن العاطفة والوجدانيات وتكثيف هذه الأساليب العاطفية، بالإضافة إلى أولوية المنتج، فقد تؤثر هذه العوامل السابقة في مدى استجابة المستهلك لإعلانات التوعية العامة، ومن هذا المنطلق، حاولت هذه الدراسة تطوير فهمًا أفضل للعوامل التي لابد أن توضع في الاعتبار عند بذل الجهود الخاصة بمنع تسويق أو التقليل من تسويق الكحوليات بين طلاب الجامعة.

أهم النتائج:

أوضحت الدراسة أن التركيز على العاطفة ومدي أولوية المنتج في الاستخدام هي من أفضل وسال التنبؤ بالسلوك بما يشمله من سلوك شراء

---

(1) Scharder , J.T. and Mizerski, R. ,"An investigation of the Relationship Between Need for Affect and Responses to Alcohol Public Service Announcements ", **Communication Abstract** , (vol, 21, No. 2, 1998), pp. 186 – 187.

الكحوليات، في حين أظهرت الحاجة إلى المعرفة والكثافة الوجدانية وسائل غير جيدة للتنبؤ بالسلوك.

7- دراسة شيو بالمر وكيم Palmer, s. and Kim, S،Chew, F حول: قياس تأثير معامل التوافق الخاص بنموذج الصحة الأفضل الذي قام على فكرة الدوافع والممارسات الغذائية الأكثر صحة (1998)(1).

سعت هذه الدراسة لتحديد العوامل المتعلقة بنموذج ضرورة الاعتقاد بأهمية الصحة الجيدة التي توفر الدافع للأفراد للمشاركة في سلوك غذائي قائم على نظام غذائي صحي، وقد قامت الدراسة أيضًا بتقييم فاعلية أحد البرامج التليفزيونية من خلال استخدام دراسة على المدى الطويل.

وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها 300 مفردة تم خلالها قياس تأثير معامل التوافق الخاص بنموذج " الصحة الأفضل" الذي قام على فكرة الدوافع والممارسات الغذائية الأكثر صحة.

وقد قدمت الدراسة ثلاث مراحل متتابعة حيث بدأت المرحلة الأولى بعمل استبيان من خلال التليفون قبل بدء إذاعة البرنامج، في حين بدأت المرحلة الثانية بعد إذاعة البرنامج مباشرة (خلال ثلاث أيام من الإذاعة)، في حين بدأت المرحلة الثالثة بعد فترة من إذاعة البرنامج وصلت إلى حوالي خمس شهور ونصف الشهر.

---

(1) Chew, F. palmer, S. , and Kim, S. "Testing the Influence of the Health Belief Model and a Television Porgram on Nutrition Behavior," **Communication Abstract**, (vol. 21. No. 6, December 1998), pp. – 833.

أهم النتائج:

- أشارت الدراسة إلى أن السلوك الغذائي للأفراد قد تأثر من خلال الرسائل الإعلامية التي تمثل حافزًا ودافعًا بارزًا.
- أوضحت الدراسة أيضًا أن البرنامج التليفزيوني قد دعم من ظهور القضية ومن ثم حدوث التأثير بصرف النظر عن العمر، التعليم أو النوع من خلال زيادة عدد المشاهدين ودعم ثقتهم في المعلومات التي حصلوا عليها من خلال هذه البرامج.

8- دراسة مارسي ماير وآخرون Marcy Meyer & J. David Johnson, & caroline Ethington حول: تبني الجمهور للمستحدثات المختلفة في مجال الصحـــة (1997)[1].

تقدم هذه الدراسة فرصة مميزة لاختبار ما إذا كانت الأبعاد المتناقضة والسمات المختلفة للمستحدث تجعله يُوضع في ترتيب أو موقع مختلف بالنسبة للجمهور اعتمادا على طبيعة المستحدث نفسها أم لا وذلك في نفس ظروف التجريب بين المستحدثات محل الدراسة، حيث تحدد العينة محل الدراسة من المستحدثات مدى تبني الجمهور لشراء مستحدث بعينة دون الآخر، وتقدم صورة أكثر واقعية عن الهدف والفكرة التي تقف وراء شراء العاملين في مؤسسة لأحد المنتجات وعدم شراء المستحدث الآخر.

وقد طبقت عينة الدراسة على مجموعة من المتعاقدين الذين يوفرون الخدمات العامة لإحدى الحكومات الفيدرالية، وقد كانت هذه الدراسة جزءًا

---

(1) Marcy Meyer & J. David Johnson & Caroline Ethington, “Contrasting Attributes of Preventive Health Innovations”, **Journal of Communication** (Vol.47, No.2, spring 1997) pp. 97 – 112 .

من مشروع أكبر كان مخططًا لتقييم تأثير ثلاث مستحدثات مخطط لها على مدى أربع سنوات في مجال الصحة الوقائية والتعرف على السمات المختلفة لكل منهم.

وقد بلغ حجم العينة (89) مفردة ذوي مستوى تعليمي عالي.

أهم النتائج:

- تشير الدراسة إلى إنها من خلال معرفة السمات المميزة للمستحدثات والتي تدفع أعضاء منظمة ما إلى شرائها أو حتى تبني الشراء، فإن هذه الخطوة تساعد المديرين في تطوير استراتيجيات اتصاليه مناسبة لتسهيل تبني المستحدثات في مجال الصحة الوقائية، على سبيل المثال، المستحدثات التي تري أنها أكثر خطورة، قد تحتاج إلى أعداد متتالية ومتزايدة من أساليب الاتصال التي تعتمد على الإقناع في مرحلة التنفيذ أو التبني.
- توضح الدراسة أيضًا إلى أن المخططين للمستحدثات في مجال الصحة الوقائية لابد أن يكونوا على دراية بأن التعرف على سمات المستحدث قد توفر معلومات خاصة بكيفية الاستخدام الأمثل للاتصال بأنواعه المختلفة، إلى جانب استخدام الاتصال الوسيط (الخطابات التي ترسلها الشركة للعملاء، شرائط الفيديو، المجلات...)، وقد تخلق هذه الوسائل مناخًا للمشاركة والاهتمام.

9- دراسة " سوك لي وآخرون" Jung- Sook Lee, et al حول: قياس تأثيرات الحملات الصحية في نشر التوعية الصحية بمرض الإيدز بين طلبة الجامعات الأمريكية" (1997)[1].

---

(1) Jung – Sook lee & William R. Davie & Willaim R. Dauie: "Audience Recall of AIDS PSAS, Among U.S.A and

سعت هذه الدراسة لقياس تأثيرات الحملات الصحية في نشر التوعية الصحية السليمة المتعلقة بمرض نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وكذلك قياس المتغيرات الوسيطة الأخرى كالنوع والاستمالات المستخدمة ودرجة تأثيرها على إدراك وتذكر المعلومات الصحية.

وتم إجراء هذه الدراسة من خلال الاستطلاع الميداني على مجموعة من طلبة إحدى الجامعات الكبرى بجنوب الولايات المتحدة الأمريكية من خلال عينة قوامها (88) مفردة مقسمة بين الذكور والإناث، وتم تطبيق هذه الدراسة على إحدى حملات التوعية الصحية لمرض الإيدز.

أهم النتائج:

- أشارت نتائج الدراسة بارتفاع نسبة التذكر واستيعاب المعلومات الصحية تجاه مرض الإيدز عند الإناث أكثر من الذكور.
- كما أوضحت الدراسة أيضًا تفوق المبحوثون الذين ينتمون إلى أصول أمريكية في مقدرتهم السريعة على التذكر والاستيعاب للمعلومات الصحية مقارنة بالآخرين، ويشير ذلك لأهمية المتغيرات الوسيطة في تذكر المعلومات واستيعابها.

10- دراسة "جيمس برايس ديلارد وآخرون" James price Dillard، et al حول: معرفة التأثيرات المحتملة للحملات الإعلامية للتحذير من الإيدز والتعرف على الاستمالات العاطفية للجمهور (1996)[1].

International College Student", **Journalism Quarterly**, (Vol.74, No.1, 1997), pp. 7 – 22 .

(1) James price Dillard & Courtney A. Potnick & linda c. Godbold & Vickis. Freimuth and Timothy Edugan , "The Multiple Affective

تصدت هذه الدراسة لإجراء اختبارين لتحديد المدى الذي لعبته عينة من إعلانات الخدمة العامة، والحملات الإعلامية الصحية المقدمة للتخدير ضد مرض الإيدز في تحقيق الاستجابة لمضمون هذه الحملات الصحية.

كما سعت الدراسة أيضًا لتحديد درجة التأثيرات المحتملة للحملة في تقبل الحملة والرسائل التي تقدمها إلى جانب التعرف على أثر الاستمالات العاطفية للجمهور في حملات التوعية الصحية ضد مرض الإيدز.

وقد أجرى الباحثون في هذا الصدد دراستين مختلفتين فبلغ حجم عينة الدراسة الأولي 88 طالب في إحدى الجامعات في حين بلغ حجم العينة في الدراسة الثانية 167 من طلاب إحدى الجامعات.

أهم النتائج:

- توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطيه بين أسلوب التخويف وزيادة ارتفاع معدلات الاستجابة لمضمون حملات التوعية الصحية مقارنة بالأساليب الأخرى.
- وفيما يتعلق بالآلية أو الميكانيزم التي تعمل من خلاله مشاعر الخوف في نفوس الجمهور، فقد أشارت البيانات إلى أن مدى التأثير على قبول الرسالة من قبل الجمهور قد تعرض للمصادفة أكثر من قبول الرسالة كعملية منظمة للمعلومات المقدمة في الحملة أو إعلان التوعية.

Outcomes of AIDS PSAs", **Communication Research,** (Vol. 23 , No. 1 , 1996.), pp. 44 – 72 .

11- دراسة "أدوارد مايتش" و "جون فلورا" Edeward Maibach & June A. Flora حول : العوامل المؤثرة على استيعاب الجمهور المتلقي ومدى تذكره للمعلومات الصحية (1993) [1].

استهدفت هذه الدراسة التعرف على أهم العوامل التي يمكن أن تؤثر على استيعاب الجمهور المتلقي ومدى تذكره للمعلومات الصحية التي يتلقاها من التليفزيون، وذلك من خلال اختبار المعرفة الاجتماعية بهدف تطوير وتحسين أداء وفاعلية الحملات الإعلامية في المجال الصحي.

وطبقت الدراسة على الشابات غير المتزوجات، حيث بلغ حجم العينة (138) فتاة، حيث تم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات، حيث تعرضت المجموعة الأولى لفيلم قصير يعتمد على تقديم معلومات نظرية عند الإيدز فقط، بينما تعرضت المجموعة الثانية لفيلم آخر يعرض هذه المعلومات النظرية مصحوبة بمادة فيلمية توضحها، في حين تعرضت المجموعة الثالثة لفيلم يحتوي نفس المعلومات النظرية بمصاحبة مواد فيلمية شارحة، مع إضافة إعادة تكرار لبعض الأجزاء الهام في نهاية الفيلم.

أهم النتائج:

- أثبتت الدراسة أن الأساليب الأكثر تأثيرًا واستيعابًا للرسالة هو النوع الثالث الذي يعرض المواد الفيلمية والتعليق عليها مع إعادة للأجزاء الهامة من الفيلم، في حين أظهر المبحوثين الذين شاهدوا النوع الثاني من الشرائط مستوي متوسط من التأثير والاستيعاب.

---

(1) Edward Maibach & June A . Flora, "Symbolic Modeling and Cognitive Researal: Using Video to Promo AIDS Pre-Vention Self-Efficacy”, **Communication Research**,(vol.20, No.4 August 1993) , pp. 517 - 545 .

- أشارت الدراسة أيضًا إلى أن بعض السلوكيات المحددة ضد مرض الإيدز قد ظهرت بوضوح من خلال شراء الواقي الذكري والحديث مع الأصدقاء عن ممارسة الجنس بشكل آمن.

12- دراسة فيس وانث "وآخرون K. Vis Wnath. et al حول: دوافع وأثار فجوة المعرفة للحملات الإعلانية في تقليل مخاطر الإصابة بالإيدز (1993)[1].

استهدفت هذه الدراسة معرفة ما إذا كانت آثار فجوة المعرفة تقل عندما يكون هناك دوافع لمعرفة المعلومات أم أن هذه المعلومات متشابهة وواحدة بين تلك الجماعات الأقل تعليمًا والأكثر تعليمًا أم لا.

وطبقت هذه الدراسة من خلال إجراء بحث ميداني على مدى اثني عشر شهرًا تم فيها مقارنة مجتمعين مختلفين لديهم دوافع مختلفة لمعرفة بعض المعلومات المتعلقة بالعلاقة بين الإصابة بالسرطان وإتباع نظام غذائي معين، حيث تعرض المجتمع الأول لحملة إعلانية استمرت لمدة عام حول هذا الموضوع، وهذه المجموعة كانت لديها استعداد شخصي للمعرفة ويسعون لمعرفتها، في حين قورنت هذه المجموعة الخاصة بأشخاص أخرى من المجتمع بشكل عام.

وبلغت عينة الدراسة التي اختارت بنفسها تلقي دورات ومحاضرات تعليمية حول موضوع الحملة، إلى جانب التعرض للحملة من خلال وسائل

(1) K.Viswanth & Emily kahn & John R. Finnegan, Jr. & James Hertog and John D. potter, "Motivation and the knowledge Gap effects of a compaign to reduce Diet-Related cancer Risk", **Commumication Research,** Vol. 20 , no. 4, (1993) , pp. 546 – 564.

الإعلام حوالي 3700 مفردة وقد قورنت هذه الفئة بالمجموعة الأخرى التي لم تسجل نفسها في هذه الدورات وإنما تعرضت للحملة في وسائل الإعلام فقط، وقد تراوحت أعمار المبحوثين ما بين 25 – 69 عام.

أهم النتائج:

- أظهرت الدراسة إلى وجود فجوة معرفية بين المبحوثين الأكثر تعليمًا والأقل تعليمًا، وارتفع المستوي المعرفي لدي المجموعة التي اتسمت بوجود دوافع قوية للتعرف على الإصابة بالسرطان دون غيرها من الجماعات الأخرى.
- أوضحت الدراسة أيضًا أن تأثير المشاركة في الدورات التدريبية والمحاضرات في هذه المجموعة قد رفع من مستويات المعرفة بشكل أعلى من المجتمع العام بغض النظر عن المستوى التعليمي.

13- دراسة "سينجر" و "روجرز" و "جلاسمان" Eleanor Singer & Theresa F. Rogers & Marc B. Glass man حول: معارف الجمهور حول مرض نقص المناعة (الإيدز) (1991)[1].

اختبرت هذه الدراسة التغيرات التي طرأت على معارف الجمهور حول مرض نقص المناعة (الإيدز) والمعلومات الخاطئة أو التي تم فهمها بشكل خاطئ عن هدفها الأساسي، كالإشارة مثلاً إلى أن مرض الإيدز مرض معدي، وذلك من خلال استطلاعين للرأي أجراهما معهد جالوب الأبحاث

---

(1) Eleanor Singer & Theresa F. Rogers & Marc B ،Glass Man : " public opinion about AIDS before and After the 1988 U. S government public information campaig", **Public Opinion Quarterly** , (vol. 55, no. 2, summer 1991) , pp 161 – 179.

الأول: قبل بدء حملة التوعية القومية ضد مرض الإيدز بفترة وجيزة أما الاستطلاع الثاني جاء بعد انتهاء الحملة بعدة أشهر فقط.

واستهدفت الدراسة أيضًا معرفة عيوب وأخطاء الحملة الإعلانية التي دفعت بعض المبحوثين إلى عدم مشاهدة هذه الحملة ورفض إعلاناتها.

وأجريت الدراسة الاستطلاعية الأولى في أكتوبر عام 1987 والثانية في أكتوبر من عام 1988، وتم سحب عينة من خلال معهد جالوب من خلال الاستطلاع بالمقابلة الشخصية، وقد تدخلت عدة عوامل وسيطة عند إجراء الدراسة الثانية بالتحديد وهي العمر، الجنس، المستوي التعليمي، الحالة الاجتماعية وأخيرًا الأصول العرقية.

أهم النتائج:

- أظهرت النتائج أنه بالرغم من وجود بعض التغيرات في مستوى معرفة الجمهور بالمعلومات التي تقدمها الحملة، إلا أن ذلك تركز على المعلومات التي عرفها واكتسبها الجمهور من قبل بدء الحملة، بمعني أن معلومات الحملة كانت تكملة للاتجاه العام بعد معرفة الجمهور بالمرض قبل بدء لحملة، وأن هذا التوجه قد استمر أيضًا حتى بعد نهاية الحملة بفترة.
- أشارت النتائج إلى أن تأثير الحملة القومية كان ضعيفًا إلى حد ما.
- أوضحت الدراسة أيضًا ارتفاع نسبة الجمهور الذي عبر عن اهتمامه بمرض الإيدز باعتباره مرض معد على المستوى الشعبي بشكل عام.

14- دراسة سنايدر Lesile B. Snyder حول : قياس تأثير الحملات الإعلامية في نشر المعلومات الصحية وتغيير السلوك (1990)[1].

(1) Lesile B. Snyder: " Channel effective Over Time and knowledge and behavior Gaps", **Journalism Quarterly**, (vol. 67, no. 4, winter 1990). Pp. 875 – 886.

سعت هذه الدراسة لقياس تأثير الحملات الإعلامية في نشر المعلومات الصحية المتعلقة بمحلول معالجة الجفاف في قري غرب أفريقيا من خلال زيادة الوعي الصحي وبالتالي لتغيير السلوك في النهاية، كما تحاول هذه الدراسة في التعرف على الأفراد ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي ما إذا كانوا أكثر ميولاً لتعلم الرسالة الصحية وبالتالي قيامهم بتغيير سلوكياتهم تجاه محلول معالجة الجفاف والمحافظة على هذا السلوك بمرور لوقت.

وطبقت هذه الدراسة على النساء اللائي يتراوح أعمارهن ما بين 15 – 45 عام تم اختيارهن عشوائيًا، حيث بلغ حجم العينة (1029) مفردة حيث تم جمع بيانات لهذه الدراسة في فبراير عام 1982 قبل الحملة واستمرت عملية جمع البيانات شهريًا حتى يوليو 1984، ثم بعد نهاية الحملة بثلاث شهور، وتم من خلالها قياس متغيرات السلوك والتعرض والتعليم تجاه المرض.

أهم النتاج:

- أظهرت نتائج الدراسة أن النساء ذوات المستوي الاجتماعي الاقتصادي المرتفع كن أكثر دراية لمحلول معالجة الجفاف ومن ثم أكثر تغييرًا للسلوك الخاطئ من النساء ذوات المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، مما أدى إلى ظهور فجوة سلوكية بينهن.
- أثبتت الدراسة أيضًا بأن النساء كانت أكثر اعتمادًا على الأصدقاء والأسرة كمصدر للحصول ومعرفة التركيبة الخاصة بمحلول معالجة الجفاف في حالة نسيانهم التركيبية إذا لم يحصلن على النشرة المطبوعة الخاصة بتعريفهن طريقة عمل المحلول.
- أوضحت الدراسة وجود فروق بين النساء الأعلى والأقل تعليمًا في كيفية تركيب محلول معالجة الجفاف.

15- دراسة "مارتن براون" و " أرنولد بوتوسكي" Martin L. Brown & Arnold L. Potosky حول: معرفة ردود فعل الجمهور ومدى استجابتهم للتغطية الإعلامية عن مرض سرطان القولون " (1990)[1].

استهدفت هذه الدراسة معرفة ردود فعل الجمهور ومدى استجابتهم للتغطية الإعلامية المكثفة عن مرض سرطان القولون وكيفية إجراء اختبارات مبكرة وتحاليل لازمة إلى جانب كيفية الحصول علي العلاج الملائم لسرطان القولون مستشهدة في ذلك بأحداث إصابة الرئيس الأمريكي رونالد ريجان في يوليو 1985، وحاولت الدراسة تقييم التأثيرات المحتملة لهذه التغطية على الصحة العامة للجمهور، خاصة مع التركيز علي الأحداث الخاصة بإصابة الشخصيات العامة بمثل هذه الأمراض.

وقد اختبرت الدراسة ثلاث أنماط مستقلة من المعلومات:

- النمط الأول متصل بالمكالمات الهاتفية من الجمهور العام لمركز أمراض السرطان وخدماته وهو ما عكس درجة الاهتمام لدي الجمهور العام التي نشأت نتيجة أحداث ريجان.
- أما الثاني عن معدلات استخدام أساليب الاختيار المبدئية (أسلوبين) للتحقق من درجة الإصابة أو عدم الإصابة بمرض السرطان وهو ما يقيس التغيير السلوكي لدى الأفراد والناتج بدوره عن التغطية الإعلامية الخاصة بالكشف المبكر عن الإصابة بسرطان القولون.

---

(1) Martin L, Brown and Arnold L. potosky : " The Presidential Effect : the public health response to media coverage about Ronald Reagan's colon cancer episode", **Public Opinion Quantery** , (Vol. 54, No. 3, vol 1990), pp. 317 – 330.

- أما العنصر الثالث عن التعرف علي مدى الإصابة بمرض سرطان القولون قبل وبعد أحداث يوليو 1985 من خلال استخدام بيانات الصحة العامة.

أهم النتائج:

أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباط إيجابية بين تركيز وسائل الإعلام علي أحداث إصابة الرئيس ريجان بمرض سرطان القولون وعلى اهتمام وسائل الإعلام بالتعرف على هذا المرض، وكيفية اكتشاف المرض مبكرًا وكيفية علاجه وبين حدوث تغيير في السلوك، أتضح من زيادة معدلات الاتصالات التليفونية لمركز خدمات مرض السرطان، إلى جانب زيادة اللجوء إلى إجراء اختبارات الكشف المبكر عن هذا المرض.

16- دراسة "كارولين ستورمان" و " ريتشارد سيلتزر" Carolyn A. Stroman & Richard Seltzer حول : اختبار العلاقة بين استخدام وسائل الإعلام ومستوى المعرفة عن مرض الإيدز (1987)[1].

أجريت هذه الدراسة لاختبار العلاقة بين استخدام وسائل الإعلام ومستوى المعرفة عن مرض نقص المناعة (الإيدز) وافترضت الدراسة بأن هناك فروقًا بين الصحف والتليفزيون، فالأشخاص الذين يقرأون الصحف بشكل مستمر سوف تزيد مستوى معرفتهم عن الإيدز عن هؤلاء الذين يعتمدون على التليفزيون.

---

(1) Carolyn A. Stnoman & Richard Seltzer: " Mass media use and knowledge of AIDS", **Journalism Quarterly**, (Vol. 66, No. 4, Winter 1989) pp. 881 – 887.

وتم جمع عينة الدراسة في شهري فبراير ومارس عم 1987 وهي جزء من دراسة أوسع لإدراك الجمهور العام لحملات الإيدز، وقد تم جمع البيانات من خلال استخدام التليفون علي عينة بلغت قوامها (489) مفردة من عمر 18 سنة فأكثر من المقيمين بولاية واشنطن.

أهم النتائج:

- أوضحت نتائج الدراسة أن هناك ميل لدى هؤلاء الذين يقرأون الصحف نادرًا وهؤلاء الذين يشاهدون التليفزيون بشكل مستمر في الحصول علي معلومات خاطئة عن الإيدز.
- أشارت الدراسة أيضًا بأن فرضية الدراسة التي تشير إلى أن قارئ الصحف بانتظام سوف يختلف عن مشاهدي التليفزيون بانتظام في اتجاهاتهم نحو الإيدز فقد ثبت صحة هذا الفرض، وتم تدعيمه جزئيًا من خلال البيانات التي تم جمعها.
- أظهرت نتائج الدراسة أيضًا بأن المبحوثين الذين يشاهدون التليفزيون فقط كانوا أكثر موافقة بالنسبة للخيارات القاسية للمصابين بمرض الإيدز على سبيل المثال وضع المريض في الحجر الصحي وتطبيق القوانين الصارمة للحد من الشواذ جنسيًا، وكذلك يجب علي أصحاب العمل إخضاع موظفيهم لإجراء فحوصات دورية للإيدز.

17- دراسة "ستيفين شافيه": و"كوني روسر" Steven H. Chaffee & Connie Roser حول : اختبار التوافق المعرفي، والتوافق في الاتجاهات والتوافق السلوكي بين الناس" (1986)[1].

---

(1) Steven H. Chaffee and Connie Roser, " Involvement and the consistency of knowledge Attitudes, and Behaviors",

تصدت هذه الدراسة لاختبار الفرض القائم علي فكرة أن التوافق المعرفي، والتوافق في الاتجاهات ومن ثم التوافق لسلوكي بين الناس يتناسب ويتماشى مع المستويات الأعلى في الاستغراق والمشاركة.

وقد طبقت الدراسة علي حملة صحية طويلة المدى وأشارت الدراسة بأن كل نمط من أنماط الاستغراق أو المشاهدة يرتبط بوجود علاقة ما بين المعرفة والاتجاهات والسلوك في النهاية، فالظروف التي يتوافر فيها مستوي عال من الاستغراق والمشاركة لابد أن تسفر عن وجود ارتباط أقوي بين المعرفة والاتجاه وبالتالي السلوك عما يمكن أن يكون في مستوي الاستغراق الأقل.

وأجريت الدراسة بالتطبيق علي إحدى الحملات الصحية التي انطلقت في عام 1980 في مدن ولاية كاليفورنيا للتنبيه ضد الإصابة بأمراض القلب، حيث أجرت الدراسة مجموعة دراسات متعاقبة بدأت عام 1981 وحتى عام 1983، وقد بلغ حجم العينة (1200) مفردة، من خلال عمل استقصاء ميداني لكل نمط من الأنماط المختلفة من الاستغراق وذلك لاختبار درجة التوافق في الكاب (KAB) أو المعرفة والاتجاه والسلوك (Knowledge, Attitudes and Behaviors).

أهم النتائج:

- أوضحت الدراسة أن نمط الاستغراق يكون متوافق ومتماشي ــ في أقل الأحوال ــ مع الكاب (الاتجاه، المعرفة، السلوك) عندما يتخذ شكل الاستجابة المعرفية العلي أو الاتجاه المتشدد.

Communication Research, (vol. 13, No.2, April 1986), pp. 373-399.

- وأشارت الدراسة أيضًا أن المشاركة أو الاستغراق السلوكي عندما يتخذ شكل الأنشطة الاتصالية المرتبطة بالموضوع الخاص بالحملة فإنه بالتالي يرتبط بالتوافق، وقد قل هذا الاتجاه مع استمرار الحملة وتقدمها.
- كما أوضحت الدراسة أيضًا بأن الحملة الخاصة التوعية الصحية قد أنتجت تأثيرًا غير واضح أو تأثير معدوم علي التوافق بين المعرفة والاتجاه والسلوك على الرغم من دورها الواضح في تحقيق مرحلة المعرفة علي الأقل.

18- دراسة جيمس إيتما وآخريـــن James S. Ettema et, al حـــول: تأثيرات فجـــوة المعرفـــة علـــى الحمـــلات الصحيـــة (1983)[1].

استهدفت هذه الدراسة دراسة تأثيرات فجوة المعرفة، حيث ركزت الدراسة علي الحملات التي تقدم معلومات للجمهور في المجال الصحي من خلال زيادة الوعي الصحي، ومن ثم تغيير السلوك في النهاية.

وتشير الدراسة إلى أن من البديهي أن عنصر الدافع أو الاهتمام بمعرفة المعلومات سوف يظهر عي كافة المستويات التعليمية ولكن قد يكون أكثر وضوحًا بين هؤلاء الذين يعانون من أحد الأمراض التي تشير إليها الحملة، أو الذين يعانون من خطر داهم من مثل هذه الأمراض، وتوضح الدراسة أيضًا بأنه يمكن افتراض الحملة الإعلامية بأنها ستوسع الفجوة بين الشرائح ذات المستوي التعليمي والاقتصادي المختلف (الأعلى والأقل)، وبالتالي تشير

---

(1) James S. Ettama & James W. Bnown and Russell V. Luepker: " Knowledge Gap Effects in a Health Information Campaign", **Public Opinion Quarterly,**(vol.47, 1983)pp. 516-527.

الدراسة إلى الفجوة هنا سوف تظهر بين هؤلاء المهتمين أو غير المهتمين بالمعلومات التي تقدمها الحملة، ولن تظهر بين المستويات الاجتماعية التعليمية المختلفة، ومن ثم فإن عنصر الدافع هنا هو الذي يمثل القوة الضاغطة لنجاح الحملة ووجود أو عدم وجود فجوة معرفية.

وتم إجراء هذه الدراسة علي مجموعتين بجنوب غرب ولاية منيستا (Minessota) لقياس تأثيرات الحملة الصحية عن أمراض القلب والمعلومات المساعدة علي الإصابة بأمراض القلب كالتدخين والأكل، وتراوحت أعمار العينة من 25 – 64 عام تم اختيارهم عشوائيًا، وأجريت مجموعة من الأبحاث الميدانية قبل الحملة، ثم بين الحملتين الأولي والثانية ثم مرة أخري بعد انتهاء الحملة الثانية، وذلك علي مجموعتين (المجموعة التجريبية) والتي تعرضت للحملة، (المجموعة الضابطة)، والتي لم تتعرض للحملة.

أهم النتائج:

- أوضحت النتائج أن الحملة الإعلامية الخاصة بالصحة لم توسع الفجوة المعرفية بين الأكثر والأقل تعليمًا وإنما ألغت الفجوة الموجودة بين هذه الفئات.
- يمكن اعتبار هذه الحملة وثيقة تأمين باعتبارها زادت مستوى المعرفة بشكل عام وقللت من الاختلافات في المستويات التعليمية والاقتصادية والاجتماعية بين الشرائح المختلفة، ويعتبر ذلك من أسباب نجاحها.

التعليق على الدراسات السابقة:

عند الرجوع إلى الدراسات السابقة وجد الباحث أن هذه الدراسات أكدت على ما يلي:

1- تندرج الدراسات السابقة ضمن الدراسات المسحية التي عُنيت بقياس معارف الجمهور واتجاهاته نحو القضايا الصحية، ودور وسائل

الإعلام في تنمية الوعي الصحي لدى المواطنين، وقد أجريت هذه الدراسات خلال فترة زمنية واحدة أي أنها لم تجر خلال أكثر من فترة زمنية.

2- اتفقت معظم الدراسات العربية والأجنبية التي اختبرت نظرية فجوة المعرفة في الإعلام الصحي، على أهمية متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي، وبعض المتغيرات الديموجرافية.

3- استخدمت إحدى الدراسات السابقة المنهج التجريبي وهي دراسة إدوارد مابتش وجون فلورا عام 1993، حيث اهتمت بقياس تأثيرات المادة الفيلمية في زيادة معارف الجمهور بشأن القضايا الصحية.

4- اهتمت معظم الدراسات السابقة بقياس معارف الجمهور واتجاهاته نحو قضايا صحية بعينها مثل (الإيدز، أمراض القلب، السرطان، الفشل الكلوي، الالتهاب الكبدي الفيروسي، التدخين)، وسوف يستفيد الباحث من هذا التكنيك في تحديد معارف مشاهدي قناة نفرتيتي بشأن قضايا صحية بعينها.

5- أكدت معظم الدراسات العربية والأجنبية على وجود علاقة وثيقة بين التعرض لوسائل الإعلام والمعرفة المكتسبة لدى الجمهور.

6- استخدمت الدراسات السابقة نظريتي "فجوة المعرفة" و "الاعتماد على وسائل الإعلام" بوصفهما إطارين نظريين يوضحان تأثيرات وسائل الإعلام في معارف الجمهور بشأن القضايا الصحية، ومن ثم يعتمد الباحث على هذين الإطارين في دراسته لدور قناة نفرتيتي في إمداد المشاهدين بالمعلومات الصحية.

7- أشارت معظم الدراسات إلى أن الذكور أكثر معرفة ودراية من الإناث تجاه المعلومات الصحية، في حين أثبتت دراسات أخرى عكس ذلك.

مدى الاستفادة من الدراسات السابقة :

استفاد الباحث من الدراسات السابقة فيما يلي:

1- تحديد الإطار النظري للدراسة باستخدام نظريتي فجوة المعرفة والاعتماد على وسائل الإعلام.
2- تحديد المتغيرات التي تم قياسها في هذه الدراسة، وفقًا لما جاء في الدراسات السابقة من نتائج مثل التعليم، النوع، السن، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، والمتغيرات الديموجرافية للجمهور.
3- التحديد الدقيق لمشكلة الدراسة.
4- صياغة التساؤلات والفروض على النحو السليم.
5- تحديد المفاهيم والتعريفات الإجرائية للدراسة والخاصة بالوعي الصحي.
6- اختيار الأسلوب المناسب في جمع البيانات والتحديد الأمثل لحجم العينة.
7- المساعدة في تصميم صحيفة الاستقصاء.
8- مناقشة نتائج هذه الدراسة ومقارنتها بنتائج تلك الدراسات السابقة.

تساؤلات وفروض الدراسة:

أولاً : تساؤلات الدراسة:

1- ما درجة اعتماد الجمهور على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات بصفة عامة؟

2- ما درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية حول القضايا الصحية محل الدراسة؟

3- ما درجة أهمية قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية مقارنة بغيرها من المصادر الأخرى؟

4- ما التغيرات المؤثرة على تعرض الجمهور لقناة نفرتيتي ودرجة الاستفادة منها؟

5- ما أوجه استفادة الجمهور من مشاهدة قناة نفرتيتي؟

6- ما هم تقييم الجمهور المشاهد لمستوى الأداء في قناة نفرتيتي؟

ثانيًا : فروض الدراسة:

1- يؤثر حجم التعرض لقناة نفرتيتي على مستوى المعرفة بالقضايا الصحية البارزة.

2- توجد علاقة ارتباط إيجابية بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية ودرجة المعرفة بالقضايا الصحية البارزة.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة بالقضايا الصحية البارزة لدى المبحوثين وفقًا للمتغيرات الديموجرافية (السن، النوع، التعليم، المستوى الاقتصادي الاجتماعي) تتمثل في:

(1/3) توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في الإلمام بالمعلومات الصحية المثارة لصالح الإناث.

(2/3) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين وفقًا لسن المبحوثين من حيث إلمامهم بالمعلومات الصحية المثارة ولصالح كبار السن.

3/3) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين وفقًا لمستويات تعليمهم من حيث إلمامهم بالمعلومات الصحية المثارة ولصالح مستوى التعليم المرتفع.

4/3) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين وفقًا للمستوى الاجتماعي الاقتصادي من حيث إلمامهم بالمعلومات الصحية المثارة ولصالح المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع.

4- تختلف معدلات التعرض لقناة نفرتيتي باختلاف المتغيرات الديموجرافية للمبحوثين:

1/4) توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي.

2/4) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي.

3/4) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من المستويات التعليمية في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي.

4/4) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من المستويات الاجتماعية الاقتصادية في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

5- تختلف درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية باختلاف المتغيرات الديموجرافية للمبحوثين:

1/5) توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية.

2/5) توجد فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية المختلفة للمبحوثين في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية.

3/5) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المستويات التعليمية المختلفة للمبحوثين في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية.

4/5) توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين في المستويات الاجتماعية الاقتصادية في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

نوع البحث:

تندرج هذه الدراسة ضمن البحوث الوصفية Descriptive، نظرًا لأن الغالبية العظمى من بحوث الإعلام والرأي العام تتم في إطار المنهج الوصفي، نظرًا لصعوبة تطبيق المنهج التجريبي أو شبه التجريبي في معظم الأحيان.[1] والبحوث الوصفية تصف ظاهرة معينة[2]. ويتم جمع بيانات هذه الظاهرة وتصنيفها وتسجيلها، وتفسير هذه البيانات وتحليلها تحليلاً شاملاً واستخلاص النتائج والدلالات المفيدة التي يمكن أن تبنى عليها فروض إيضاحية أو تفسيرية لهذه الظاهرة[3].

---

(1) فرج الكامل ، **بحوث الإعلام والرأي العام – تصميمها وإجراؤها وتحليليها**، ط 1 (القاهرة : دار النشر للجامعات ، 2001) ص 121.

(2) محمد الوفائي ، **مناهج البحث في الدراسات الاجتماعية والإعلامية**، ط 1 (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية 1989) ص 94.

(3) سمير محمد حسين ، **بحوث الإعلام: دراسات فـ–ي مناهج البحث العلمي**. ط 2 (القاهرة: عالم الكتب، 1995) ص 131 –132.

منهج البحث:

يعتمد هذا البحث على منهج المسح بالعينة، حيث أنه يصعب إجراء مسح شامل لمجتمع البحث بأكمله، ومن ثم فقد تم اختيار عينة ممثلة للجهور العام الذي يشاهد قناة نفرتيتي لصحة الأسرة، بشرط ألا يقل مستواهم التعليمي عن القراءة والكتابة.

مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع هذه الدراسة في مشاهدي قناة نفرتيتي من الجمهور المصري.

عينة الدراسة:

تم تطبيــق الدراســة على عينة عشوائية بسيطة simple Random Sample قوامها (400) مفردة من الجمهور المصري الذي يشاهد قناة نفرتيتي لصحة الأسرة، ممن يسكنون محافظات القاهرة الكبرى، وتم تقسيم العينة إلى (200 مفردة) من محافظة القاهرة، و (100مفردة) من محافظة الجيزة، و (100 مفردة) من محافظة القليوبية.

أسلوب جمع البيانات:

تم جمع البيانات الدراسة على الجمهور عن طريق صحيفة الاستقصاء، وتم تصميم الصحيفة بحيث تقيس الأبعاد والمتغيرات المختلفة للدراسة، وذلك في ضوء المشكلة البحثية والهدف من الدراسة، وتم الاستعانة والإطلاع على الدراسات السابقة ونتائجها للاستفادة منها في نتائج هذه الدراسة.

خصائص عينة الدراسة:

1- توزيع العينة وفقًا للنوع:

يوضح جدول رقم (5) خصائص مفردات العينة وفقًا لمتغير النوع.

جدول رقم (5)

خصائص العينة وفقًا لمتغير النوع

النوع	ك	%
ذكر	266	66.5
أنثى	134	33.5
الإجمالي	**400**	**100**

2- توزيع العينة وفقًا للسن:

يوضح الجدول التالي خصائص العينة وفقًا للمرحلة العمرية.

جدول رقم (6)

خصائص العينة وفقًا لمتغير العمر

السن	ك	%
أقل من 20	34	8.5
من 20 ـــ لأقل من 30	196	49
من 30 ـــ لأقل من 40	108	27
من 40 ـــ لأقل من 50	48	12
من 50 فأكثر	14	3.5
الإجمالي	**400**	**100**

3- توزيع العينة وفقًا للمهنة:

شملت عينة الدراسة مختلف المهن ويوضح الجدول التالي خصائص العينة وفقًا لمتغير المهنة.

جدول رقم (7)

خصائص العينة وفقًا لمتغير المهنة

الوظيفة	ك	%
رجل أعمال/ سيدة أعمال	59	14.8
موظف في قطاع خاص	33	8.3
موظف في قطاع عام	67	16.7
طبيب/مهندس/محامي/مدرس /محاسب	105	26.2
حرفي (بائع/ مزارع/ عامل)	11	2.8
لا يعمل (طالب/ ربة منزل/ متقاعد/ لا يعمل)	125	31.2
الإجمالي	**400**	**100**

4- توزيع العينة وفقًا للمستوى التعليمي:

كما شملت عينة الدراسة كافة المستويات التعليمية، والجدول التالي يوضح خصائص العينة وفق متغير التعليم.

جدول رقم (8)

خصائص العينة وفقًا للمستوى التعليمي

التعليم	ك	%
يقرأ ويكتب/ ابتدائي	4	1
إعدادي وما يعادله	11	2.8
تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	19.7
تعليم جامعي	267	66.7
دراسات عليا	39	9.8
الإجمالي	**400**	**100**

5- توزيع العينة وفقًا للمستوى الاقتصادي والاجتماعي:

يوضح الجدول التالي خصائص العينة وفقًا لمتغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي

جدول رقم (9)

خصائص العينة وفقًا لتغير المستوى الاقتصادي والاجتماعي

المستوى الاقتصادي والاجتماعي	ك	%
منخفض	171	42.7
متوسط	188	47
مرتفع	41	10.3
الإجمالي	**400**	**100**

أسلوب جمع البيانات:

تم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق صحيفة الاستقصاء، وقد تم إعدادها بحيث تغطي أهداف الدراسة وتحاول قياس الفروض والتساؤلات الخاصة بالدراسة، واشتملت الاستمارة على (43) سؤالاً، ومرت صحيفة الاستقصاء عند إعدادها بعدة مراحل كتحديد مشكلة البحث وأهدافه وفروضه وتساؤلاته، وتضمنت الاستمارة عددًا من الأسئلة المغلقة لتسهيل عملية جمع البيانات وسرعة ملء الاستمارة بواسطة المبحوثين، بما يتفق مع أهدافها وتقيس الأسئلة حقائق معرفية وليست آراء شخصية، وذلك لاختبار مدى اكتساب المعرفة الصحية من مشاهدة قناة نفرتيتي لصحة الأسرة ومدى اعتماد الجمهور المصري عليها، والفروق المعرفية بينهم فيما يتعلق بالقضايا الصحية المختلفة.

اختبار الصدق:

ولقياس صدق الصحيفة تم إتباع الخطوات التالية:

1- للتأكد من صدق الاستمارة في قياس متغيرات الدراسة، قام الباحث بعرض الاستمارة على مجموعة الأساتذة المتخصصين في مجال الإعلام والطب[1]. للحكم على صلاحية الاستمارة في قياس متغيرات

---

(1) عرض الباحث استمارة الاستقصاء على الأساتذة المحكمين:

أولاً: الأساتذة الأكاديميون في الإعلام:

1- أ.د/ منى الحديدي – عميدة الأكاديمية الدولية لعلوم الإعلام.
2- أ.د/ عاطف العبد – أستاذ بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
3- أ.د/ حسن عماد مكاوي – أستاذ بكلية الإعلام – ووكيل الأكاديمية الدولية لعلوم الإعلام.
4- أ.د/ سلوى إمام – أستاذ بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
5- أ.د/ محمود يوسف – أستاذ بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
6- أ.د/ سامي طايع – أستاذ بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
7- د/ نبيل طلب – أستاذ مساعد بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
8- د/ عادل عبد الغفار – مدرس بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.
9- د/ خالد صلاح الدين – مدرس بكلية الإعلام – جامعة القاهرة.

ثانيًا: الأساتذة الأكاديميون في الطب:

1- أ.د/ صبحي خليل أبو لوز– أستاذ أمراض النساء والتوليد والأورام – جامعة عين شمس.
2- أ.د/ فاروق الجيوشي– أستاذ جراحة المسالك البولية والكلي – جامعة الأزهر.
3- أ.د/ ممدوح حجاج– أستاذ علاج الأورام – جامعة القاهرة.
4- أ.د/ محمد رشاد– أستاذ طب الأطفال والحساسية – طب بنها – جامعة الزقازيق.
5- أ.د/ محمد عبد الباسط جميعي– أستاذ الجهاز الهضمي والكبد – جامعة الزقازيق.
6- أ.د/ سامح عبد الشكور– عميد معهد السكر.

الدراسة وتحقيق أهدافها، وقد أجرى الباحث التعديلات التي اقترحها المحكمون بحذف بعض الأسئلة، وإضافة أخرى، وتعـديل الفئـات والبدائل لأسئلة أخرى.

2- قام الباحث بإجراء اختبار قبلي Pre–Test على الاستمارة مـن منطلق أن الاختبار القبلي لاستمارة الاستقصاء يعمل على الحد مـن الغموض والأخطاء التي توجد فيها[1]. وقد أجرى الباحث اختبـارًا قبليًا للاستمارة على عينة قوامها (40) مفردة مـن مشـاهدي قنـاة نفرتيتي لصحة الأسرة بنسبة (10%) من عينة الدراسة الأصـلية، للتأكد من سهولة الأسئلة واستيعابها لدى المبحوثين، وتم تعديل بعض الأسئلة وصياغتها وفقًا لما لاحظه الباحث أثناء إجـراء الاختبـار القبلي، وتم وضع استمارة الاستقصاء في شكلها النهـائي لتصـبح جاهزة للتطبيق.

ثالثًا: الأساتذة الممارسون الإعلاميون:

1- الأستاذة الإعلامية / منيرة كفافي – نائب رئيس التليفزيون والمشرف العام على قناتي حورس ونفرتيتي (وقت عمل الدراسة).

2- الأستاذة الإعلامية/ فاطمة فؤاد – رئيس القناة الخامسة والمشرف العام على قناتي حورس ونفرتيتي (سابقًا).

3- الأستاذة الإعلامية / صفاء قطب – نائب رئيس القناة الأولى ، ورئيس قناة حورس. (وقت عمل الدراسة).

(2) George Comtock, Maxweel E. McCombs: "Survey Research", in: Gudio H. Stempel, Bruce H. Westley " **Research Methods in Mass Communication"**, (Englewood cliffs: Prentice – Hall, Inc, 1981) PP. 145-166.

اختبار الثبات:

وترجع أهمية ثبات القياس لكونه شرطًا أساسيًا لصدق القياس، حيث لا يمكن أن يكون القياس صادقًا وهو غير ثابت(1). ولتحقيق هذا الثبات قام الباحث بإجراء اختبار ثابت Test Re–test بعد أسبوعين من تطبيق الاستمارة،على عينة قوامها (20) مفردة من مشاهدي قناة نفرتيتي الذين سبق لهم ملء الاستمارة بنسبة (5%) من إجمالي عينة الدراسة الأصلية، وبلغت نسبة معامل الارتباط (0.83) وهي نسبة مرتفعة تؤكد صلاحية الاستمارة ومدى قابليتها للتطبيق.

المعالجة الإحصائية للنتائج: بعد الانتهاء من جمع بيانات الدراسة، تم إدخالها –بعد ترميزها– إلى الحاسب الآلي، ثم أجريت معالجتها وتحليلها واستخراج النتائج الإحصائية باستخدام برنامج "الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية" والمعروف باسم SPSS اختصارًا لــ Statistical Package for Social Sciences، وذلك باللجوء إلى المعاملات والاختبارات الإحصائية التالية:

1- التكرارات البسيطة والنسب المئوية.

2- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.

3- اختبار كا^2 (Chi Square Test) لدراسة الدلالة الإحصائية للعلاقة بين متغيرين من المتغيرات الاسمية (Nominal).

4- معامل التوافق (Contingency Coefficient) الذي يقيس شدة العلاقة بين متغيرين اسميين في جدول أكثر من 2×2، وقد اعتبرت

---

(1) محمد الوفائي . **مناهج البحث في الدراسات الاجتماعية والإعلامية** (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية ، 1989) ص 108.

العلاقة ضعيفة إذا كانت قيمة المعامل أقل من 0.30، ومتوسطة ما بين 0.30 ــ 0.70، وقوية إذا زادت عن 0.70.

5- معامل فاي (Phi Coefficient) الذي يقيس شدة العلاقة بين متغيرين اسميين في جدول 2×2، وقد اعتبرت العلاقة ضعيفة إذا كانت قيمة المعامل أقل من 0.30، ومتوسطة ما بين 0.30 ــ 0.70، وقوية إذا زادت عن 0.70.

6- معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation Coefficient) لدراسة شدة واتجاه العلاقة الارتباطية بين متغيرين من نوع الفئة أو النسبة (Interval or Ratio)، وقد اعتبرت العلاقة ضعيفة إذا كانت قيمة المعامل أقل من 0.30، ومتوسطة ما بين 0.30 ــ 0.70، وقوية إذا زادت عن 0.70.

7- اختبار (ت) للمجموعات المستقلة (Independent-Samples T-Test) لدراسة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعتين من المبحوثين في أحد متغيرات الفئة أو النسبة (Interval or Ratio).

8- تحليل التباين ذو البعد الواحد (Oneway Analyses of Variance) المعروف اختصارًا باسم ANOVA لدراسة الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات الحسابية لأكثر من مجموعتين من المبحوثين في أحد متغيرات الفئة أو النسبة (Interval or Ratio).

9- الاختبارات البعدية (post Hoc Test) بطريقة أقل فرق معنوي (LSD: Least Significance Difference) لمعرفة مصدر التباين وإجراء المقارنات الثنائية بين المجموعات التي يثبت ANOVA وجود فروق دالة إحصائيًا بينها.

النتائج العامة للدراسة:

المحور الأول: معدل تعرض عينة الدراسة للتليفزيون والقنوات الفضائية المصرية المتخصصة:

1- مشاهدة عينة الدراسة للتليفزيون :

يوضح الجدول رقم (10) مدى مشاهدة عينة الدراسة للتليفزيون.

جدول رقم (10)

درجة مشاهدة التليفزيون

المشاهدة	ك	%	الترتيب
دائما	184	46	2
أحيانًا	181	45.2	2
نادرًا	35	8.8	3
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

أن كل أفراد العينة تشاهد التليفزيون إما بشكل دائم (46%)، أو أحيانًا (45.2%)، في حين يشاهده (8.8%) بشكل نادر.

وتعد هذه النتيجة نتيجة طبيعية تتفق مع سيطرة التليفزيون في عصر القنوات الفضائية مع ما سواه من وسائل إعلامية أخرى، خصوصًا في ظل تعدد هذه القنوات وتنوع مضامينها.

وتصبح هذه النتيجة أكثر طبيعية في حال قراءتها ضمن مجتمعنا المحلي الذي لا تزال فيه نسب الأمية عالية، إضافة إلى تدني المستوى الاجتماعي الاقتصادي لشريحة واسعة في المجتمع مما يجعل التليفزيون وسيلة سهلة التناول شكلاً ومضمونًا، كما يمكن أن تفسر هذه النتيجة باعتبار أن التليفزيون يمتلك أكثر العناصر جاذبية بحيث لا يعد ضيفًا ثقيل الظل، فهو يمتلك كل شئ: الصورة والصوت والحركة واللون، والشيء الوحيد الذي ينقصه هو الرائحة، ويرى بعض النقاد أن التليفزيون يملك هذا أيضًا، أي أنه يعطي المشاهد الإحساس بالرائحة[1].

ويؤكد ذلك على أهمية التليفزيون في تثقيف المجتمع وتوعيته وإمداده بالمعرفة إضافة إلى التسلية والترفيه، ويمكن تفسير ذلك بأن التليفزيون الأسهل استخدامًا والأكثر جذبًا للجمهور المصري.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) إذ تبين أن (93%) من المبحوثين يتعرضون للتليفزيون بشكل دائم (41.5%) أو أحيانًا (51.5%)[2].

كما تتفق أيضًا هذه النتيجة مع دراسة زينب جيلان حمزة (2000) إذ بلغت النسبة المئوية لمشاهدة النشء لبرامج التليفزيون (93.17%) من مجموعة عينة الدراسة، في حين لم تزد نسبة غير المشاهدين لبرامج التليفزيون على (6.83%)، كما أوضحت الدراسة أيضًا أن نسبة المشاهدة لبرامج التليفزيون بين الشباب (51.2%) تشاهد التليفزيون بصفة منتظمة،

---

(1) عدلي سيد محمد رضا، أثر الإعلانات التليفزيونية على السلوك الشرائي للجمهور المصري: دراسة ميدانية على جمهور القاهرة ، **مجلة بحوث الاتصال** ، كلية الإعلام، جامعة القاهرة، العدد التاسع، يوليو 1993 ، ص89.

(2) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص192.

في مقابل نسبة مئوية قدرها (40.51%) تشاهد التليفزيون بصفة غير منتظمة، وهذه النتيجة أيضًا تتفق مع دراسة الباحث في نسبة المشاهدة بصفة منتظمة دائمًا وبصفة منتظمة أحيانًا[1].

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة علي طاهر مبارك (2004) إذ تبين أن نسبة (98.8%) من المبحوثين يتعرضون للتليفزيون، وإن اختلف حجم هذا التعرض كما يلي:

(56.3%) يتعرضون بشكل دائم، (39.8%) يتعرضون "أحيانًا"، (2.8%) يشاهدونه نادرًا، بينما تبلغ نسبة عدم المشاهدة للتليفزيون (1.2%) وهي نسبة ضئيلة[2].

2 عدد ساعات مشاهدة عينة الدراسة للتليفزيون :

يوضح الجدول رقم (11) عدد ساعات مشاهدة عينة الدراسة للتليفزيون.

جدول رقم (11)

عدد ساعات مشاهدة التليفزيون

عدد ساعات مشاهدة التليفزيون	ك	%	الترتيب
أقل من ساعة	19	4.8	5
من ساعة إلى أقل من ساعتين	62	15.5	4
من ساعتين لأقل من ثلاث ساعات	94	23.5	3
أكثر من ثلاث ساعات	106	26.5	2

(1) زينب جيلان حمزة ، **مرجع سابق**، ص529، 534.

(2) علي طاهر مبارك ، العلاقة بين التعرض للبرامج الرياضية في الراديو والتليفزيون والمعرفة الرياضية للجمهور المصري ، **رسالة ماجستير غير منشورة** (جامعة القاهرة، كلية الإعلام، 2004) ص125.

عدد ساعات مشاهدة التليفزيون	ك	%	الترتيب
حسب الظروف	119	29.7	1
الإجمالي	400	100	

يتضح من بيانات الجدول السابق:

يعتبر أكثر أفراد العينة من مشاهدي التليفزيون لمدة تزيد عن ثلاث ساعات(26.5%) بعد الأفراد الذين يشاهدون حسب الظروف (29.7%)، وإذا كانت هذه النتيجة تتماشى مع اعتبار أكثر أفراد العينة من المتابعين بشكل دائم للتليفزيون، فإن بعض الدراسات السابقة ترى أنه من الصعب على الجمهور في الوقت الراهن تحديد عدد ساعات مشاهدته أو أيامها بدقة(*)، إذ تلعب الظروف اليومية والحياتية دورها في تحديد كثير من مدى تعرضنا وكيفية هذا التعرض للتليفزيون خصوصًا ولوسائل الإعلام عمومًا.

في حين جاء أفراد العينة الذين يشاهدون التليفزيون من ساعتين إلى أقل من ثلاث ساعات في المرتبة الثانية بنسبة (23.5%) يليهم من يشاهدونه من ساعة إلى أقل من ساعتين (15.5%)، فأقل من ساعة واحدة (4.8%).

وبقراءة هذه النتائج يتضح أن النسب الأعلى لعدد ساعات المشاهدة هم لأفراد العينة الأكثر، بمعنى أن هناك ترابط طردي بين عدد المشاهدين وبين ساعات المشاهدة.

(*) انطلاقًا من عدم قدرة المبحوث على التحديد الدقيق لعدد ساعات تعرضه أو لأيام هذا التعرض ، حرص الباحث على وضع فئة " حسب الظروف " في بعض الجداول التي تقيس مستوى التعرض للوقوف على عدد ساعات التعرض بشكل دقيق لأفراد العينة القادرة فقط على هذا التحديد، علمًا أن مقياس التعرض الكلي يتعامل مع هذه الفئة كمستوى محايد.

ويمكن رصد هذه النتائج في زيادة عدد ساعات المشاهدة بين النسبة الأكبر بين أفراد العينة لوجود تنوع سواء في مستويات التعليم التي ترتفع فيها نسبة التعليم المتوسط أو فوق المتوسط، إضافة إلى التعليم الجامعي، كذلك في تنوع سن المبحوثين وخاصة ما بين 20 ــ 30 سنة (49%) من إجمالي أفراد العينة الذين يعدون من أكثر الفئات العمرية مشاهدة للتليفزيون.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة زينب جيلان حمزة (2000) إذ تبين أن متوسط عدد ساعات المشاهدة للبرامج لدى الشباب، قد حصلت فئة (المشاهدة حسب الظروف) على الترتيب الأول بنسبة (27.93%) تلتها الفترة من ساعتين لأقل من 4 ساعات بنسبة (25.14%)، تلتها الفترتين من أربع لأقل من 6 ساعات وفترة أكثر من ثماني ساعات بإجمالي (23.46%) وأخيرًا فترة أقل من ساعتين قد حصلت على نسبة مئوية قدرها (6.15%)[1].

كما تتفق هذه النتيجة أيضًا مع دراسة علي طاهر مبارك (2004) حيث أوضحت الدراسة أن (33.7%) من المبحوثين يشاهدون التليفزيون بشكل مكثف (أكثر من ثلاث ساعات)، يلي ذلك نسبة (24.3%) من المبحوثين يشاهدون التليفزيون حسب الظروف، ثم يلي ذلك نسبة (19%) من المبحوثين يشاهدون من ساعتين لأقل من ثلاث ساعات يوميًا، ثم يلي ذلك في المرتبة الرابعة نسبة (17.5%) تتعرض للتليفزيون من ساعة لأقل من ساعتين، ويقع في المرتبة الأخيرة نسبة (5.6%) تتعرض له ضمن فئة (أقل من ساعة)[2].

---

(1) زينب جيلان حمزة ، **مرجع سابق**، ص 534.

(2) علي طاهر مبارك ، **مرجع سابق**، ص125.

وبناء على السؤالين السابقين تم بناء مقياس عام لمستوى التعرض للتليفزيون بصفة عامة لدى عينة الدراسة (*)، وقد دلت نتائج هذا المقياس على ما يوضحه الجدول التالي.

3- كثافة التعرض للتليفزيون بصفة عامة لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول التالي كثافة التعرض للتليفزيون بصفة عامة لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (12)

كثافة التعرض للتليفزيون بصفة عامة لدى عينة الدراسة

كثافة التعرض للتليفزيون	ك	%	*الترتيب*
قليل المشاهدة	41	10.2	3
متوسط المشاهدة	167	41.8	2
كثيف المشاهدة	192	48	1
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من الجدول السابق:

أن أكثر أفراد العينة من كثيفي المشاهدة (48%) في حين أن متوسط المشاهدة (41.8%) مقابل (10.2%) فقط لقليلي المشاهدة.

وتتفق هذه النتائج مع ما جاء في الجدولين السابقين، كما يمكن تفسيرها بناء على التبريرات التي سبق تقديمها بالنسبة لتفوق مدى مشاهدة عينة الدراسة للتليفزيون وزيادة عدد ساعات هذه المشاهدة.

(*) يوضح الباحث أسلوب جمع درجات مقياس التعرض الذي تتراوح درجاته ما بين 2 – 10 درجة في إجراءات الدراسة المسحية ص 174.

وتكاد تتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث يتضح أن نسبة كثيفي التعرض للتليفزيون بلغت (41.4%) من إجمالي العينة وأن نسبة ذوي التعرض المتوسط بلغت (44.1%)، في حين بلغت نسبة قليلي التعرض (14.5%) فقط من أفراد العينة[1].

4- درجة مشاهدة عينة الدراسة للقنوات الفضائية المصرية المتخصصة:

يوضح الجدول رقم (13) درجة مشاهدة القنوات الفضائية المصرية المتخصصة لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (13)

درجة مشاهدة عينة القنوات الفضائية المصرية المتخصصة

المشاهدة	ك	%	الترتيب
دائمًا	153	38.3	2
أحيانًا	215	53.7	1
نادرًا	32	8	3
الإجمالي	400	100	–

يتضح من بيانات الجدول السابق:

أن النسبة العظمى من أفراد العينة الذين يشاهدون القنوات الفضائية المصرية المتخصصة أحيانًا (53.7%)، في حين يشاهدها (38.3%) منهم بشكل دائم، مقابل (8%) فقط لمن يشاهدها نادرًا.

ونلاحظ هنا أن الذين يشاهدون القنوات الفضائية المصرية المتخصصة بشكل دائم يقلون عن الذين يشاهدون التليفزيون دائمًا بشكل عام.

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص132.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة طبيعية كون أن ثمة قنوات عربية كثيرة تنافس القنوات الفضائية المصرية المتخصصة، وبالتالي من البديهي أن تتفاوت نسبة المشاهدة العظمى للتليفزيون على مختلف القنوات الفضائية العربية العامة والمتخصصة.

ولكن لا تعتبر النتيجة السابقة مؤشرًا على انخفاض المشاهدة للقنوات الفضائية المصرية المتخصصة بل تعد مؤشرًا مرتفعًا مقارنة بعدد القنوات الفضائية الكثيرة التي تنتشر في وقتنا الراهن. فأن يشاهد أكثر من نصف العينة هذه القنوات أحيانًا وأكثر من ثلثها بشكل دائم، فهذا يعني أن عامل القرب المعنوي للجمهور من قنواته يبقى قيمة ذات معنوية مرتفعة. ويؤكد ذلك أن ثمة (8%) فقط من المجموع الكلي لأفراد العينة يشاهدون هذه القنوات بشكل نادر.

كما يمكن تفسير ارتفاع نسب المشاهدة (دائمًا، أحيانًا) لتنوع القنوات الفضائية المصرية المتخصصة وتعدد تخصصاتها وتوجهاتها للجمهور. حيث يوجد العديد من القنوات الفضائية المتخصصة التي تتوجه لجميع شرائح المجتمع وتلبي كثيرًا من اهتماماته المختلفة (الإخبارية، الرياضية، التعليمية، الصحية، الأسرة والطفل، الثقافية، الدرامية...).

5- القنوات الفضائية المتخصصة المصرية التي تحرص عينة الدراسة على مشاهدتها :

يوضح الجدول رقم (14) القنوات الفضائية المتخصصة المصرية التي تحرص عينة الدراسة على مشاهدتها.

جدول رقم (14)

القنوات الفضائية المتخصصة المصرية التي

تحرص عينة الدراسة على مشاهدتها

القنوات	ك	%	الترتيب
قناة النيل للأسرة والطفل	93	23.3	7
قناة النيل للدراما	246	61.5	3
قناة النيل الثقافية	169	42.3	6
قناة النيل للأخبار	293	73.3	1
قناة نفرتيتي لصحة الأسرة	280	70	2
قناة حورس الطبية	199	49.8	5
قناة النيل للتعليم العالي	43	10.8	10
قناة النيل للتنوير	40	10	11
قناة النيل التعليمية	55	13.8	9
قناة النيل للرياضة	230	57.5	4
قناة المنوعات	73	18.3	8
ن = 400 مفردة			–

يتضح من بيانات الجدول السابق:

تأتي قناة النيل للأخبار في المرتبة الأولى في مدى حرص المبحوثين على التعرض لها بنسبة (73.3%)، ومن الطبيعي أن تتفوق قناة النيل للأخبار على أي من القنوات المتخصصة الأخرى سواء بالتعرض العام أو بكثافة هذا التعرض كون الأخبار تشكل الهدف الأول لاكتساب الجمهور للمعلومات، إضافة إلى طبيعة الأحداث الحالية التي تمر بها المنطقة العربية وتفرض متابعة يومية لتطورات الأحداث التي ترتبط ارتباطًا وثيقًا بحياة

الناس ومستقبل المنطقة دون أن نهمل أن قناة النيل للأخبار قد استطاعت خلال فترة إرسالها أن تستقطب جمهورًا كبيرًا خاصة في مصر إضافة إلى أن هذه القناة بمكن التقاطها لمجمل شرائح المجتمع دون الحاجة إلى استقبال فضائي.

رغم أن جميع أفراد العينة من المتصلين بقناة نفرتيتي وفق ما فرضته العينـــة العشوائية البسيطة(*)، إلا أن (70%) فقط منهم يحرصون على مشاهدتها بشكل دوري.

وتؤكد هذه النتيجة أن القناة تحظى بنسبة مشاهدة مقبولة بين عموم فئات الجمهور المصري، خاصة أنها قناة تختص بتقديم الثقافة الصحية المبسطة لأفراد الأسرة المصرية، وهي تقدم خدماتها بشكل مفتوح وغير مشفر لتصل إلى أوسع قاعدة ممكنة من الجمهور العام، إضافة إلى طبيعة الحصول على المعرفة الطبية تُعد أسهل عن طريق وسيلة مبسطة كالتليفزيون مقارنة بالحصول عليها من وسائل إعلامية أخرى لا تمتلك قدرة التليفزيون ووسائله التعبيرية المصورة على توضيح هذه المعرفة وتبسيطها.

جاءت قناة النيل للدراما والنيل للرياضة في المرتبتين الثالثة والرابعة على التوالي وبنسب متقاربة نسبيًا (61.5%) للدراما مقابل (57.5%) للرياضة، وإذا كانت الدراما والرياضة من البرامج التي تلقي اهتمامًا جماهيريًا فإن تأخرها عن القنوات السابقة يمكن أن يعود بالدرجة الأولى إلى أن هذه القنوات من المحطات الفضائية المصرية المشفرة، وبالتالي يحتاج التعرض لها إلى اشتراك خاص لا تمتلكه كل أفراد العينة.

(*) بلغ عدد المتصلين بقناة نفرتيتي خلال فترة اختيار العينة (1200) مفردة.

جاءت قناة حورس الطبية في مرتبة متأخرة عن القنوات الفضائية المصرية المتخصصة السابقة في مستوى تعرض أفراد العينة لها وخاصة بالمقارنة بقناة نفرتيتي رغم اشتراكهما معًا بهدف توصيل المعرفة الصحية للجمهور كون قناة حورس الطبية تمتاز بتقديم مستوى صحي أكثر خصوصية مما يجعلها قناة تعليمية موجهة للأطباء والمختصين في الشئون الطبية والمهتمين بالمعلومات الصحية عالية المستوى[1]، وبناء عليه فمن الطبيعي أن تكون قناة نفرتيتي أكثر جماهيرية من القنوات الأخرى التي تهتم بالجانب الصحي نفسه لأنها تقدم الثقافة الصحية المبسطة، إضافة إلى طبيعة العينة العشوائية البسيطة المتصلة بقناة نفرتيتي.

جاءت بقية القنوات الفضائية المصرية المتخصصة بنسب أقل من النسب السابقة بشكل واضح وربما يعود إلى طبيعة هذه القنوات التعليمية ذات الجمهور الخاص، أو الموجهة للطفل خاصة أن عينة الدراسة الحالية تضم مستويات مختلفة ولا تقتصر على فئة الطلاب فقط.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة علي طاهر مبارك، إذ تبين أن نسبة مشاهدة قناة النيل للأخبار في الترتيب الثاني بنسبة (41.8%) بعد القناة الأولى، حيث احتلت القناة الأولى الترتيب الأول بنسبة اختيار (49.1%) من المبحوثين، وجاءت القناة الثانية في الترتيب الثالث بنسبة (40.8%)، ثم تأتي قناة النيل للرياضة في المرتبة الرابعة بنسبة اختيار تصل إلى (25.3%) من المبحوثين، ثم تلاها بعد ذلك القنوات العربية الفضائية والدولية[2].

---

(1) سامي الشريف ، **الفضائيات العربية : رؤية نقدية** (القاهرة : دار النهضة العربية ، 2004) ص 100.

(2) علي طاهر مبارك ، **مرجع سابق**، ص126.

المحور الثاني معدل تعرض عينة الدارسة لقناة نفرتيتي:

1- عدد أيام مشاهدة قناة نفرتيتي في الأسبوع:

يوضح الجدول رقم (15) عدد أيام مشاهدة قناة نفرتيتي في الأسبوع لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (15)

عدد أيام المشاهدة في الأسبوع

الأيام	ك	%	الترتيب
يوم	4	1	7
يومان	34	8.5	4
ثلاثة أيام	35	8.8	3
أربعة أيام	17	4.3	5
خمسة أيام	14	3.4	6
ستة أيام	14	3.4	6
جميع أيام الأسبوع	63	15.8	2
حسب الظروف	219	54.8	1
الإجمالي	400	100	–

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن أكثر من نصف العينة (54.8%) لا يوجد يوم محدد لمشاهدة قناة نفرتيتي، حيث تتعرض لها حسب الظروف. ولعل الطبيعة الصحية للقناة التي لا تفرض على الجمهور المتابعة اليومية المستمرة هو المبرر الطبيعي لمتابعة هذه النسبة لنفرتيتي حسب ظروف هذه العينة، بالمقابل يتابع القناة على مدار أيام الأسبوع (15.8%) من إجمالي أفراد العينة وهي نسبة إن

بدت منخفضة إلا أنها تعد في الوقت نفسه مقبولة في ظل طبيعة القناة وتنوع القنوات الفضائية المتاحة أمامها.

من جهة أخرى يأتي متابعة القناة ليومين أو ثلاثة أيام في الترتيب الثالث والرابع وبنسب متقاربة (8.5%) ليومين مقابل (8.8) لثلاثة أيام. وهذا يتسق مع ما تم ذكره من أن التعرض الكثيف لمجمل أفراد العينة يقابله تعرض متقطع في أيام الأسبوع.

وأخيرًا جاءت بقية عدد أيام المشاهدة لقناة نفرتيتي في الأسبوع بشكل منخفض ومتقارب دون فوارق دالة تذكر.

2- تحديد الفترة المفضلة لمشاهدة عينة الدراسة لقناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (16) الفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (16)

الفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي

المشاهدة	ك	%	الترتيب
الفترة الأساسية من 10 صباحًا ــ 4 ظهرًا	22	5.5	5
فترة الإعادة الأولى من 4 ظهرًا ــ 10 مساءً	39	9.8	4
فترة البث المباشر (نفرتيتي على الهواء) من 6 مساءً ــ 8 مساءً	55	13.8	3
فترة الإعادة الثانية من 10 مساءً ــ 3 صباحًا	86	21.5	2
حسب الظروف	198	49.4	1
الإجمالي	**400**	**100**	**ـ**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

يبقى التعرض لقناة نفرتيتي لصحة الأسرة دون وجود فترة مفضلة هو الغالبية العظمى لما يقارب نصف أفراد العينة، إذ يتابعها حسب الظروف (49.4%) من إجمالي المبحوثين. ولا يمكن تفسير هذه النتيجة خارج إطار التفسيرات السابقة المقدمة والتي تتمحور في أن طبيعة الظروف الحالية التي تواجه الجمهور وتعدد القنوات المتاحة أمامه وطبيعة القناة نفسها التي لا تتطلب متابعة في أوقات محددة تفرض نفسها على النسبة المذكورة لمتابعة القناة دون تحديد فترة معينة.

بالمقابل جاءت فترة الإعادة الثانية الممتدة من العاشرة مساءًا إلى الثالثة صباحًا في المرتبة الثانية من حيث مشاهدة قناة نفرتيتي لصحة الأسرة، وتأتي هذه النتيجة تأكيدًا للتفسير سالف الذكر من حيث أن طبيعة القناة لا تفرض على الجمهور ولا تدفعه لمتابعة فترة البث المباشر (13.8%) أو في فترة الإعادة الأولى (9.8%) أو في الفترة الأساسية (5.5%)

3- عدد ساعات مشاهدة عينة الدراسة لنفرتيتي في اليوم:

يوضح الجدول رقم (17) عدد ساعات مشاهدة نفرتيتي في اليوم لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (17)

عدد ساعات مشاهدة نفرتيتي في اليوم

المشاهدة	ك	%	الترتيب
أقل من نصف ساعة	12	3	7
من نصف ساعة لأقل من ساعة	51	12.7	3
من ساعة لأقل من ساعة ونصف	56	14	2

الترتيب	%	ك	المشاهدة
4	12.3	49	من ساعة ونصف لأقل من ساعتين
6	4	16	من ساعتين لأقل من ثلاث ساعات
5	4.3	17	أكثر من ثلاث ساعات
1	49.7	199	حسب الظروف
–	**100**	**400**	**الإجمالي**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن عـــدد ساعات مشاهدة قناة نفرتيتي لصحة الأسرة في اليوم غير محدد بالنسبة لـــ (49.7%) من إجمالي أفراد العينة، في حين أن من يشاهدونها من ساعة لأقل من ساعة ونصف في اليوم فقط، ومن يشاهدونها من نصف ساعة لأقل من ساعة ونصف هي النسب الأكثر بروزًا بعد النسبة السابقة. حيث يتعرض للمدة الأولى (14%) مقابل (12.7%) للمدة الثانية، وهذه النتائج يمكن أن تفسر النتيجة المتعلقة بتفوق عدد المتعرضين كليًا للقناة على بقية القنوات الفضائية المصرية المتخصصة الأخرى، والتي قد يستغربها البعض لمخالفتها معظم نتائج الدراسات السابقة، وبالتالي يمكن أن يتم الربط بين التعرض الكثيف للقناة بالتعرض لأوقات محددة لا تزيد في أغلبها عن الساعة أو الساعة والنصف على الأكثر إضافة لارتباطها بالمشاهدة غير محددة الأيام وغير محددة الفترات اليومية.

وبناء على الجداول الثلاثة السابقة يضع الباحث مقياسًا لتحديد معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي لصحة الأسرة(*).

(*) وضع الباحث مقياسًا تتراوح درجاته ما بين 2 – 14 درجة لقياس معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي ويوضح الباحث أسلوب جمع درجات هذا المقياس في إجراءات الدراسة المسحية، ص 174 – 175.

4- كثافة التعرض لقناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول التالي كثافة التعرض لقناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (18)

كثافة التعرض لقناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة

كثافة التعرض لقناة نفرتيتي	ك	%	الترتيب
قليل المشاهدة	41	10.2	3
متوسط المشاهدة	299	74.8	1
كثيف المشاهدة	60	15	2
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

- تفوق متوسطو المشاهدة بشكل كبير على من يتابعون قناة نفرتيتي لصحة الأسرة بشكل قليل أو كثيف، حيث كانت نسبتهم (74.8%)، في حين تقارب معدل التعرض لقناة نفرتيتي بشكل كثيف (15%) وبشكل قليل (10.2%).
- وتعتبر هذه النسبة منطقية من حيث تفوق متوسطو المشاهدة كون طبيعة برامج القناة صحية وتقوم بوظيفة إرشادية مما يجعل مشاهدتها مرتبطة بمدى محدد، إضافة إلى وجود عشرات القنوات الفضائية التي تقدم خدمات متنوعة ومختلفة يمكن أن تجذب أفراد العينة، ولعل هذا الكم من القنوات وزع كثافة التعرض كما فتت الجمهور بين مختلف القنوات التي أضحت معظمها تحظى بمشاهدة متوسطة على الأغلب.

- ويرجع الباحث تأخر قليلي المشاهدة إلى المرتبة الثالثة بنسبة (10.2%) فقط إلى طبيعة العينة العشوائية البسيطة التي تم اختيارها من قبل المتصلين بالقناة والمتفاعلين معها.
- وعمومًا تختلف نتائج هذا الجدول الخاص بمقياس التعرض لقناة نفرتيتي عن نتائج الجدول الخاص بمقياس كثافة التعرض للتليفزيون بصفة عامة، حيث جاء كثيفو المشاهدة للتليفزيون في الترتيب الأول بنسبة (48%)، في حين لم يتعد نسبتهم في مقياس كثافة التعرض لقناة نفرتيتي تحديدًا عن (15%)، وهذا يرجع كما أسلفناه إلى تعدد القنوات أو ما يُطلق عليه الأخصائيون (توزيع كعكة المشاهدة).

5- درجة استفادة عينة الدراسة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (19) درجة الاستفادة من مشاهدة برامج قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (19)

درجة الاستفادة من مشاهدة برامج قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة

المشاهدة	ك	%	الترتيب
استفيد	136	34	2
استفيد إلى حد ما	257	64.3	1
لا استفيد	7	1.7	3
الإجمالي	**400**	***100***	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن أكثر المبحوثين يستفيدون من مشاهدة برامج نفرتيتي إلى حد ما، حيث بلغت نسبتهم (64.3%). في حين يستفيد منها تمامًا (34%) مقابل (1.7%) فقط لا يستفيدون منها على الإطلاق.

وتعتبر هذه النتائج منطقية إذ ما اعتبرنا طبيعة القناة التثقيفية في المجال الصحي وبالتالي فإن التعرض لها سوف يؤدي تلقائيًا للاستفادة منها سواء تمامًا أو إلى حد ما. أما سبب تفوق الاستفادة الجزئية من القناة على الاستفادة الكاملة فيعود إلى خصوصي أفراد العينة في تعاملهم مع المواد الطبية، فالاهتمام بمرض معين جراء الإصابة به أو إصابة أحد المقربين أو لانتشاره في المجتمع في فترة ما هو متغير أساسي في درجة الاستفادة، وهذا الاهتمام مرتبط بظروف معينة وبفترات محددة وبمبحوثين دون سواهم. وهذا ما يفرض ارتفاع الاستفادة الجزئية على الكاملة بنسبة الضعف تقريبًا.

كما يمكن أن نرد هذه النتيجة إلى أن المواد الطبية المقدمة عبر التليفزيون تكون مبسطة بشكل يجعل الاستفادة منها بحدود معينة حيث ثمة وسائل أخرى هي التي تقوم بدور الوظيفة التثقيفية في الشئون الطبية بشكلها الأمثل (كالأطباء ــ الكتب الطبية المتخصصة...).

وتكاد تتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث اتضح أن (98.1%) يستفيدون من التعرض للبرامج الصحية وإعلانات التوعية الصحية بالتليفزيون، وذلك إما بدرجة كبيرة (28.1%) أو إلى حد ما (70%) في حين أعرب (1.9%) فقط ممن يشاهدون تلك البرامج والإعلانات أنهم لا يستفيدون منها على الإطلاق[1].

ولتبيان جوانب الاستفادة التي حققتها النسب السابقة من المبحوثين سواء جزئيًا أو كليًا توضح الفئة التالية هذه الجوانب.

---

(1) علاء الشامي (2001): **مرجع سابق**، ص136.

6- مدى استفادة عينة الدراسة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (20) أسباب الاستفادة لدى المبحوثين الذين يستفيدون من مشاهدة برامج قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (20)

أسباب الاستفادة لدى المبحوثين الذين

يستفيدون من مشاهدة برامج نفرتيتي

المشاهدة	ك	%	ت
معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة (التطعيم من شلل الأطفال ــ الالتهاب الكبدي الوبائي ــ الفلاريا وغيرها)	209	53.2	3
متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة (في مصر والعالم)	204	51.9	4
معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض وعلاجها في مصر والعالم	173	44	5
الاستفسار من الأطباء المتخصصين عن الأمراض التي تنافسها البرامج	126	32.1	7
طلب مساعدة قناة نفرتيتي في علاج وتشخيص مرض معين	88	22.4	10
معرفة عناوين وأسماء المستشفيات والمراكز المتخصصة التي يمكن اللجوء إليها	111	28.2	9
معرفة أسماء وأطباء في مختلف التخصصات الطبية	128	32.6	8
لأنها القناة الطبية الوحيدة التي تقدم معلومات طبية طول اليوم	149	37.9	6
لأنها تساعد على تكوين وعي صحي لدى المواطن	225	57.3	2
لأنها تبسط لنا المعلومات الصحية	242	61.6	1
معرفة معلومات طبية عن أمراض لا نعرفها	2	0.5	11
ن = 393 مفردة			ــ

يتضح من بيانات الجدول السابق :

جاء سبب الاستفادة من مشاهدة برامج قناة نفرتيتي لدى المبحوثين كونها تبسط لهم المعلومات الصحية (61.6%)، وتتماشى هذه النتيجة أولاً مع هدف القناة التي تختص بتقديم الثقافة الصحية المبسطة والتي يتكامل دورها في منظومة الإعلام المصرية مع قناة حورس التي تهتم بتقديم الثقافة الصحية المتخصصة، إضافة إلى أن طبيعة الإعلام المرئي وما يمتلكه من أدوات توضيحية وتفسيرية أبرزها قدرة الصورة التليفزيونية على شرح التفاصيل الطبية وتبسيطها. ويؤكد ذلك أن كثيرًا من الدراسات السابقة تشير إلى أن التليفزيون له مميزات كثيرة كوسيلة مرئية سهلة الحصول عليها وما يتسم به من سهولة وملائمة في الاستخدام، كل هذه الخصائص ساعدت على تقبله كوسيلة تعليمية جيدة داخل النسق التعليمي الرسمي، كما أن له صلة مباشرة لا يمكن إغفالها في تسهيل حصول الجمهور العام على الخبرات التعليمية غير الرسمية والتي تتم غالبًا بشكل عرضي غير مقصود[1].

جاء في المرتبة الثانية والثالثة على التوالي وبنسب متقاربة كون القناة تساعد على تكوين وعي صحي لدى المواطنين (57.3%)، ولأنها تعرف بمواعيد حملات وزارة الصحة (53.2%)، وإذا كانت تكوين الوعي الصحي من أهداف قناة نفرتيتي، ومن أولوياتها التي تركز عليها فإن المعرفة بمواعيد حملات وزارة الصحة يلقي اهتمام بالغ في برامج القناة وفي فواصل التوعية التي تقدمها بين برنامج وآخر، وعليه فإن المتعرض للقناة لابد أن يواجه

(1) أميرة محمد إبراهيم النمر ، دور برامج التليفزيون في تبسيط العلوم للأطفال : دراسة تجريبية ، **رسالة ماجستير غير منشورة** ، (جامعة القاهرة : كلية الإعلام ، 1998) ص 16.

تلقائيًا الإعلان عن مواعيد حملات وزارة الصحة من تطعيم لمرض شلل الأطفال، والتهاب كبدي وبائي، وملاريا. كما يجب عند تفسير هذه النسبة أن لا نتناسى أن المعرفة بهذه المواعيد هو من أولويات الجمهور أيضًا، وبالتالي فإن التوافق ما بين أهمية هذه المعرفة لدى القناة وجمهورها معًا وهو المنتج الطبيعي لهذه النسبة.

وجاء في المرتبة الرابعة وبنسبة متقاربة مع النسبتين السابقتين متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة (51.9%)، وربما يعود تراجع هذه الفئة إلى المرتبة الرابعة كون المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة تهم المتخصصين في الشئون الطبية وهي المهمة الأساسية لقناة حورس الفضائية.

في حين جاء في المرتبة الخامسة معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض وعلاجها في مصر والعالم بنسبة (44%)، وربما تعود هذه النسبة إلى أن الوقاية من الأمراض أو علاجها يبقى من الدوافع الأساسية للتعرض للقنوات الطبية بشكل عام ولقناة نفرتيتي بشكل خاص.

ومن الملاحظ انخفاض نسبة الاستفادة من القناة بهدف الاستفسار من الأطباء المتخصصين عن الأمراض التي تقدمها البرامج، وطلب مساعدة القناة في العلاج والتشخيص، أو معرفة أسماء أطباء في مختلف التخصصات الطبية، أو معرفة عناوين وأسماء المراكز والمستشفيات المتخصصة، وهذا مؤشر مهم على انخفاض الدور التفاعلي بين القناة وجمهورها بالرغم من وجود فترة يومية للبث المباشر تمتد على مدار ساعتين يوميًا بالرغم من أن أفراد العينة ممن يتواصلون مع القناة بطرق مختلفة إلا أنهم على ما يبدو يرون أن الوقت المخصص لهذا التواصل والطرق المتاحة لهذا التواصل غير

كافية وغير مجدية، وعليه فإن زيادة البرامج التي تضمن التواصل والتفاعل بين الجمهور والقناة بشكل يمكن القناة من الإفادة الشخصية لجمهورها يجب أن يكون محط اهتمام أكبر.

وتكاد أن تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه علاء الشامي (2000) من أوجه استفادة عينة دراسته من مشاهدة البرامج الصحية وإعلانات التوعية بالتليفزيون، حيث أن أهم أوجه الاستفادة التي تحققت لدى المبحوثين نتيجة التعرض للمواد الصحية بالتليفزيون قد تمثلت أولاً في "زيادة المعلومات الصحية" (31.5%) في المرتبة الأولى، ثم "معرفة طرق الوقاية من الإصابة بالأمراض" (20.74) في المرتبة الثانية، ثم "معرفة كيفية التصرف حالة الإصابة بالمرض" في المرتبة الثالثة[1].

7- أسباب عدم استفادة عينة الدراسة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (21) أسباب عدم الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (21)

أسباب عدم الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

المشاهدة	ك	%	ت
عدم تبسيط المعلومات الطبية	2	28.6	3
عدم وجود مادة فيلمية طبية أثناء حديث الأطباء	3	42.9	2
توجد قنوات أفضل منها لتقديم المعلومات الصحية	4	57.1	1

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص137.

ت	%	ك	المشاهدة
3	28.6	2	طبيعة الموضوعات والقضايا التي تقدمها غير شيقة
4	14.3	1	الشخصيات والأطباء التي يتم استضافتهم لا يستطيعون تبسيط المعلومات
–	0	0	افتقارها في تقديم أسماء المستشفيات والمراكز الطبية المتخصصة التي يمكن اللجوء إليها
4	14.3	1	مقدمو البرامج الصحية ليسوا على مستوى جيد
–	0	0	الإعداد للبرامج الصحية يفتقد للعمق وبالتالي عدم وصول المعلومة
1	57.1	4	أسلوب الإخراج غير جذاب
ن = 7 مبحوث			

يتضح من بيانات الجدول السابق :

لا يمكن النظر إلى أسباب عدم الاستفادة من قناة نفرتيتي لصحة الأسرة في هذه الدراسة بشكل دال إحصائيًا حيث أن من لا يستفيد من قناة نفرتيتي هم سبعة مبحوثين فقط، وبالتالي فإن الفوارق وإن بدت واضحة في النسب فهي فوارق بسيطة نظرًا لصغر حجم العينة التي أجابت بعدم الاستفادة.

ويبقى أسلوب الإخراج غير الجذاب، وتواجد قنوات أفضل من نفرتيتي لتقديم المعلومات الصحية، الخيار الأول لدى أربعة مبحوثين نسبتهم (57.1%)، في حين أن عدم وجود مادة فيلمية طبية أثناء حديث أحد الأطباء جاء ثانيًا لدى ثلاثة مبحوثين نسبتهم (43.9%) مقابل (28.6%) وجدوا أن سبب عدم الاستفادة هو عدم تبسيط المعلومات الطبية.

وبالنظر إلى هذه النتائج نجد أنها لا تخرج عن ضرورة تطوير شكل القناة إضافة إلى الاهتمام بنوعية مضامينها وتبسيطها. وهى تتناسب بشكل عكسي إلى حد ما مع أسباب الاستفادة من القناة الواردة في الجدول السابق.

8- مصادر المعلومات الصحية لعينة الدراسة ودرجة الاعتماد عليها:

يوضح جدول رقم (22) مصادر المعلومات الصحية ودرجة الاعتماد عليها لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (22)

مصادر المعلومات الصحية ودرجة الاعتماد عليها

درجة الاعتماد / المصدر	كبيرة		متوسطة		ضعيفة		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
	ك	%	ك	%	ك	%			
الإنترنت	206	51.5	94	23.5	100	25	2.27	0.835	3
الكتب الطبية المبسطة	108	27	153	38.3	139	34.8	1.92	0.783	9
الصحف والمجلات الطبية المتخصصة	71	17.8	136	34	193	48.3	1.70	0.754	10
الصحف والمجلات العامة	117	29.3	154	38.5	129	32.3	1.97	0.785	8
الندوات والنشرات الطبية	68	17	107	26.8	225	56.3	1.61	0.762	13
البرامج الصحية بالتليفزيون المصري	170	42.5	135	33.8	95	23.8	2.19	0.793	5
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية	151	37.8	155	38.8	94	23.4	2.14	0.771	6

درجة الاعتماد / المصدر	كبيرة		متوسطة		ضعيفة		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
	ك	%	ك	%	ك	%			
المختلفة									
قناة حورس	124	31	146	36.5	130	32.5	1.99	0.798	7
قناة نفرتيتي	227	56.8	149	37.3	24	6	2.51	0.609	1
الراديو	63	15.8	129	32.2	208	52	1.64	0.740	12
المعارف والأصدقاء	188	47	103	25.7	109	27.3	2.20	0.840	4
الطبيب الخاص	235	58.7	82	20.5	83	20.8	2.38	0.808	2
الوحدات والمستشفيات الحكومية	74	18.5	124	31	202	50.5	1.68	0.768	11

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن المصدر الأول الذي تعتمد عليه عينة الدراسة لاستقاء المعلومات الصحية هي قناة نفرتيتي، كما دل المتوسط الحسابي لمصادر معلومات المبحوثين، رغم أنها جاءت ثانيًا في درجة الاعتماد الكبير عليها (56.8%)، ويمكن رد هذه النتيجة بالدرجة الأولى إلى طبيعة المبحوثين الذين تم اختيارهم من المتواصلين مع القناة سواء بالاتصالات الهاتفية أو البريد الإلكتروني أو الفاكس أو بالوسائل الأخرى المتاحة، وهذه النتيجة تبرز في الوقت نفسه ارتفاع نسبة المتعرضين للقناة، بالمقابل يبقى الطبيب الخاص مصدر مثالي للمعلومات الصحية في المجتمع العربي خصوصًا والدولي عمومًا، والذي جاء بالمرتبة الثانية من ناحية المصادر الطبية الأكثر اعتمادًا عليها من قبل جمهور العينة لاستقاء المعلومات الصحية.

جاء بالمرتبة الأولى من ناحية الاعتماد الكبير عليه كمصدر للمعلومات بين جميع المصادر المتاحة (58.7%)، وهذا التفوق للطبيب كمصدر للمعلومات الصحية منطقي لجهة الثقة الكبيرة التي يوليها المبحوثين لهذا المصدر، كما أنه الملاذ الأول لكل المرضى والباحثين عن الوقاية والاستفسار حول حالات طبية خاصة تعرضوا أو قد يتعرضون لها.

وتتفق هذه النتيجة مع ما جاءت به نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام من أن الثقة بالوسيلة هو أحد أهم دوافع الاعتماد عليها خاصة حينما تكون الثقة بالمحتوى المقدم لهذه الوسيلة لا يتناقض واتجاهات ومعلومات الفرد [1]، وهو ما يتفق مع طبيعة المعلومات الطبيعية.

جاء الإنترنت كوسيلة ثالثة من مصادر اعتماد المبحوثين لاستقاء المعلومات الطبية، وجـاء كثالث مصـدر أيضًا مـن حيث الاعتمـاد الكبير عليه كمصدر للمعلومات (51.5%)، ويأتي تفوق الإنترنت على مصادر إعلام تقليدية أخرى بسبب طبيعة البحث الذي يوفره الإنترنت لأي معلومة طبية يحتاجها المبحوث دون غيرها، وبالتالي فإن ميزة الإتاحة التي توفرها الإنترنت تتوافق مع طبيعة حاجة الفرد لمعلومة طبية في وقت محدد، وفي حالة معينة، وهو ما لا توفره المصادر التقليدية للصحف والمجلات المتخصصة والقنوات التليفزيونية الأخرى.

جاء الاتصال الشخصي عن طريق المعارف والأصدقاء المصدر الرابع من مصادر العينة لاستقاء المعلومات الصحية، وهذا يؤكد أن الاتصال

---

(1) Oscar, H. Candy, Jr. Povla. W & Motabang, John. O. Omachanc: Media Use, Reliance, and Active Participation, Exploring Student Awareness of South Africa Complicit, **Communication Research**, Vol. 14, No.6, 1982, p. 668.

الشخصي لا يزال يحتل مكانًا مرموقًا في مجتمعنا المحلي ذي الطبيعة الخاصة اجتماعيًا، حيث يلجأ كثير من الأفراد لمصادرهم الشخصية من معارف وأصدقاء.

تأثرت المصادر الجماهيرية الأخرى بين مصادر العينة لاستقاء المعلومات الصحية كالبرامج الصحية في التليفزيون المصري (خامسًا) والبرامج الصحية في القنوات الفضائية الأخرى المختلفة (سادسًا) وقناة حورس الفضائية (سابعًا)، ورغم أن التليفزيون هو القاسم المشترك بين هذه المصادر، إلا أن طبيعة المعلومات المراد الحصول عليها فرضت نفسها لتأخر هذه المصادر، في حين أن القنوات والمحطات التليفزيونية والبرامج المقدمة من خلالها تعد من أولى مصادر كثير من فئات الجمهور، كما أثبتت الدراسات السابقة[1]، وإن كانت نتيجة هذه الدراسة تتماشى في تأخر مصادر الصحف المتخصصة والنشرات والندوات الطبية بالراديو عن المصادر السابق ذكرها.

وأخيرًا يلاحظ من النتائج السابقة أن ترتيب مصادر أفراد العينة للحصول على المعلومات يتسق كثيرًا مع ما أشارت إليه نظرية الاعتماد في أن مستوى توقع الإفادة من جراء الاعتماد على وسيلة محدودة يعد من العوامل المؤثرة على اعتماد الأفراد على وسيلة محددة، فكلما زاد التوقع الذاتي زاد مستوى الاعتماد الفردي[2]، ومن هنا فإن متصلي قناة نفرتيتي لولا

---

(1) Ronnald, J. Faber, Stephen. D. Rease & H. Isdie steves : Spending time the hews Media, the Relationship Between Reliance and Use, **Journal of Broadcasting & Electronic Media,** (Vol. 29, No. 4, 1985), p. 50.

(2) عربي محمد المصري ، **مرجع سابق** ، ص 199.

توقعهم بإفادة القناة لهم لما اتصلوا وتواصلوا معها ولما اعتبروها مصدرهم الأول للحصول على المعلومات وكذلك الأمر بالنسبة لطبيبهم الخاص.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مها الطرابيشي (2001) فقد احتل مصدر الاعتماد على الطبيب والصيادلة المرتبة الأولى بنسبة (14.7%) تلاها الإنترنت بنسبة (11.4%)، ثم الصحف الورقية المصرية بنسبة (10.6%) فالأصدقاء والمعارف بنسبة (9.9%) ثم التليفزيون المصري بنسبة (9.1%)[1].

وتختلف هذه النتيجة من دراسة عبير المحمدي (2001) فقد تفوق التليفزيون كمصدر أول للمعلومات مقارنة بالمصادر الأخرى التي ذكرها أفراد مجموعة الراديو والتليفزيون وهي: الصحف، الراديو، الكتب والمراجع، والاتصال الشخصي، الإنترنت، الدوريات المتخصصة، فقد ظهر التليفزيون في المرتبة الأولى باعتباره أهم مصادر المعلومات، تلته الصحف في المرتبة الثانية، ثم الكتب والمراجع في المرتبة الثالثة، بينما تساوت نسبة الراديو والاتصال الشخصي في المرتبة الرابعة، وتراجعت الدوريات المتخصصة في المرتبة الخامسة ثم الإنترنت واحتلت المرتبة الأخيرة[2].

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث جاء الاعتماد على وسيلة بعينها لاستقاء المعلومات عمومًا، فقد احتل مصدر الاتصال الشخصي المرتبة الأولى، ثم تلاها في المرتبة الثانية الكتب والموسوعات الطبية، ثم جاء التليفزيون في المرتبة الثالثة، والراديو في المرتبة الرابعة، وأخيرًا الصحف والمجلات جاءت في المرتبة الخامسة[3].

---

(1) مها الطرابيشي ، **مرجع سابق**، ص189-243.

(2) عبير المحمدي ، **مرجع سابق**، ص 148.

(3) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص170.

9- أكثر مصادر المعلومات اعتمادًا لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (23) أكثر مصادر المعلومات اعتمادًا عليه لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (23)

أكثر مصادر المعلومات اعتمادًا عليه

المصـــدر	ك	%	الترتيب
الإنترنت	79	19.8	3
الكتب الطبية المبسطة	10	2.5	8
الصحف والمجلات الطبية المتخصصة	9	2.3	9
الصحف والمجلات العامة	9	2.3	9
الندوات والنشرات الطبية	7	1.7	10
البرامج الصحية بالتليفزيون المصري	24	6	5
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية المختلفة	14	3.5	6
قناة حورس	13	3.3	7
قناة نفرتيتي	91	22.7	1
الراديو	4	1	12
المعارف والأصدقاء	45	11.2	4
الطبيب الخاص	89	22.2	2
الوحدات والمستشفيات الحكومية	6	1.5	11
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

وللتأكد من صدق المبحوثين على السؤال السابق باعتباره متغيرًا رئيسيًا في دراسات الاعتماد قام الباحث بتوجيه سؤالاً مفتوحًا لمعرفة الوسيلة الوحيدة

الأكثر اعتمادًا عليها من قبل أفراد العينة، وقد دلت النتائج على تطابق كبير بين أكثر المصادر التي يعتمد عليها المبحوثين لاستقاء معلوماتهم الطبية وبين أكثر وسيلة (وحيدة) يعتمدون عليها، حيث أوضحت نتائج هذا الجدول ــ من حيث أكثر مصدر للمعلومات اعتمادًا لدى عينة الدراسة ــ أنها هي ذاتها تقريبًا نتائج الجدول السابق التي تشير إلى مصادر المعلومات التي يعتمد عليها أفراد العينة لاستقاء معلوماتهم، حيث جاءت قناة نفرتيتي في الترتيب الأول بنسبة (22.7%)، في حين جاء الطبيب الخاص في الترتيب الثاني بنسبة (22.2%)، ثم الإنترنت(19.8%)، يليها المعارف والأصدقاء(11.2%)، فالبرامج الصحية في التليفزيون المصري (6%)، ثم البرامج الصحية بالقنوات الفضائية الأخرى (3.5%)، ثم قناة حورس (3.3%).

وبالتالي فإن تفسير هذه النتائج هو ذاته التفسير المقدم لمصادر المعلومات التي يعتمد عليها الجمهور المصري، وكدليل على الاتساق بين الجدولين وتفسيراتهما فقد قام الباحث بإجراء معامل سبيرمان للارتباط الرتبي بين الجدولين فتبين أنها (0.925)، وهذا دليل على الاتساق المشار إليه وعلى صدق المبحوثين في تحديدهم لأكثر المصادر التي يعتمدون عليها لاستقاء معلوماتهم الصحية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عبير محمد حمدي (2001) في أهم مصدرين يعتمد عليهما المبحوثون في الحصول على معلومات عن الأحداث الطارئة، فقد ظهر التليفزيون المصري باعتباره أهم مصادر معلومات عن الأحداث الطارئة مقارنة بالوسائل الأخرى، وهذا يتفق مع دراسة الباحث في لجوء المبحوثين للتليفزيون للحصول على المعلومات بصفة عامة، نظرًا لأنه

أكثر العناصر جاذبية، ثم جاءت الصحف في المرتبة الثانية كأهم المصادر التي يعتمدون عليها في الأحداث الطارئة، ثم جاء الإنترنت في المرتبة الثالثة، يليها الراديو في المرتبة الرابعة، ثم تلاها في الترتيب الاتصال الشخصي، الشبكات التليفزيونية العالمية، الكتب والمراجع[1].

وتتفق أيضًا هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حول أكثر المصادر ثقة يحصل من خلالها على المعلومات الصحية حيث جاء الطبيب في المرتبة الأولى، ثم تلاها في المرتبة الثانية التليفزيون، وجاء في المرتبة الثالثة الراديو، وفي المرتبة الرابعة الاتصال الشخصي[2].

10- مدى مشاهدة عينة الدراسة لمجموعة من البرامج التي تذاع على قناة نفرتيتي:

يوضح جدول رقم (24) مدى مشاهدة عينة الدراسة لمجموعة من البرامج التي تذاع على قناة نفرتيتي.

جدول رقم (24)

مدى مشاهدة عينة الدراسة لبرامج قناة نفرتيتي

م	البرنامج	ك	%	ك
1	ما يطلبه الأطباء	199	49.75	21
2	سيدتي الجميلة	206	51.5	20
3	صيدلية نفرتيتي	237	59.25	12
4	ماما وبابا شكرًا	179	44.75	24
5	بيبي جديد	243	60.75	9

---

(1) عبير محمد حمدي ، **مرجع سابق**، ص152.

(2) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص168.

م	البرنامج	ك	%	ك
6	همسات الشباب	182	45.5	23
7	كلام في الرجيم	291	72.75	2
8	على الخط	222	55.5	16
9	صورة	200	50	21
10	المجلة الطبية	235	58.75	13
11	بستان النور	213	53.25	17
12	دنيا الأمومة	256	64	7
13	دنيا الطفل	179	44.75	24
14	انتبه	224	56	15
15	العش الهادئ	187	46.75	22
16	ما تسألش مجرب	209	52.25	19
17	صحتك مهمتك	210	52.5	18
18	بدون إنذار	278	69.5	4
19	بين الطب والدراما	295	73.75	1
20	دايمًا معاك	213	53.25	17
21	صحة سعيدة مع صاحبتها مفيدة	255	63.75	8
22	تحقيق	239	59.75	11
23	لا للإدمان	287	69.5	5
24	طعم الشفاء	242	60.5	10
25	حوار مع مسئول	267	66.75	6
26	صح ولا خطأ	222	55.5	16
27	ميديكا ويب	171	42.75	25

م	البرنامج	ك	%	ك
28	داء وغذاء	281	70.25	3
29	للرجال فقط	226	56.5	14
ن = 400 مفردة				

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن أكثر البرامج مشاهدة لدى جمهور عينة الدراسة هي البرامج الآتية برنامج بين الطب والدراما حيث جاء في المرتبة الأولى بنسبة مشاهدة (73.75%) وقد يعود هذا إلى أن هذا البرنامج يقوم بعرض بعض أجزاء من الأفلام الدرامية التي تتعرض للأمراض مثل فيلم قنديل أم هاشم وجري والوحوش وغيرها ويتم عرض مشاهد من الفيلم للتعرف على هذه الأخطاء من خلال طبيب متخصص يفسر هذا الخطأ.

وجاء في المرتبة الثانية برنامج كلام في الرجيم، حيث حظي بنسبة مشاهدة (72.75%) وقد يعود هذا إلى أن عدد كبير من الجمهور يهتم بالشكل العام للجسم والرشاقة وخاصة السيدات، فجعله يهتم بمشاهدة هذا البرنامج. وجاء في المرتبة الثالثة برنامج داء وغذاء بنسبة مشاهدة (70.25%) وذلك لأن هذا البرنامج يهتم بالتغذية السليمة للإنسان ومدى تأثير الغذاء سلبًا أو إيجابًا على صحة الإنسان، مما جعل المشاهدين يحرصون على مشاهدته، خوفًا من الإصابة بالأمراض التي تنتج عن مساوئ ومزايا التغذية نتيجة للتغذية الخاطئة. وجاء في المرتبة الرابعة برنامج بدون إنذار بنسبة مشاهدة (69%) وذلك لاهتمام البرنامج بالتوعية الصحية للمشاهد عن الاكتشاف المبكر للأورام (مثل أورام الثدي – الرئة – القولون وغيرها)

وكيفية الوقاية منها، وفي نهاية البرنامج يتم استضافة فنان أو نجم أو مطرب مشهور لزيارة الأطفال المصابين بالأورام لتخفيف الآلام عنهم، وقد يؤدي هذا إلى مشاهدة هذا البرنامج بكثافة عالية. وجاء في المرتبة الخامسة برنامج لا للإدمان بنسبة مشاهدة (69.5%) نظرًا لأن هذا البرنامج يقوم بالتوعية بخطورة الإدمان وكيفية الوقاية منه، مما حظي بنسبة عالية من المشاهدة لدى جمهور العينة.

وجاءت باقي البرامج في المشاهدة بالترتيب الآتي:

- برنامج حوار مع مسئول في المرتبة السادسة بنسبة مشاهدة 66.75% .
- برنامج دنيا الأمومة، في المرتبة السابعة بنسبة مشاهدة 64%
- برنامج صحة سعيدة مع صاحبتها مفيدة في المرتبة الثامنة بنسبة مشاهدة 63.75%.
- برنامج بيبي جديد في المرتبة التاسعة بنسبة مشاهدة 60.75%
- برنامج طعم الشفاء في المرتبة العاشرة بنسبة مشاهدة 60.5%
- برنامج تحقيق في المرتبة الحادية عشر بنسبة مشاهدة 59.75%.
- برنامج صيدلية نفرتيتي في المرتبة الثانية عشر بنسبة مشاهدة 59.25%.
- برنامج المجلة الطبية في المرتبة الثالثة عشر بنسبة مشاهدة 58.75%.
- برنامج للرجال فقط في المرتبة الرابعة عشر بنسبة مشاهدة 56.5%.

- برنامج انتبه في المرتبة الخامسة عشر بنسبة مشاهدة 56%.
- برنامجي على الخط وصح ولا خطأ في المرتبة السادسة عشر بنسبة مشاهدة 55.5%.

وعلى الجانب الآخر جاءت أقل البرامج مشاهدة كما يلي: لم يحظ برنامج ميديكاويب سوى على نسبة مشاهدة (42.75%) وقد يعود هذا إلى أن نسبة قليلة من الجمهور تهتم بالمواقع الطبية على الإنترنت، حيث حصل على أقل نسبة مشاهدة في المرتبة الأولى يليه برنامجي دنيا الطفل وماما وبابا شكرًا لم يحظيا سوى بنسبة مشاهدة (44.75%) وقد يرجع هذا إلى أن الناس لا يهتمون فيما يتعلق بتربية أبنائهم من الناحية النفسية والاجتماعية بما يقدمه هذين البرنامجين، وإنما يهتمون بالأمراض والنواحي الصحية الأخرى التي تعرض في البرامج الأخرى. ولذا لقد حصلا على المرتبة الثانية في أقل نسبة مشاهدة. ويليه برنامج همسات للشباب حيث لم يحظ بنسبة مشاهدة سوى (45.5%) وجاء في المرتبة الثالثة من حيث أنه من أقل البرامج مشاهدة. ويليه برنامج العش الهادئ بنسبة مشاهدة (46.75%) وجاء في المرتبة الرابعة، ثم جاء في المرتبة الخامسة من حيث أقل البرامج المشاهدة برنامج ما يطلبه الأطباء، حيث لم يحظ سوى بنسبة مشاهدة (49.75%). وجاءت باقي البرامج الأقل مشاهدة كما يلي:

- برنامج صورة في المرتبة السادسة حيث لم يحظ سوى بنسبة مشاهدة (50%) .
- برنامج سيدتي الجميلة في المرتبة السابعة حيث لم يحظ سوى بنسبة مشاهدة (51.5%) .

- برنامج ما تسألش مجرب في المرتبة الثامنة حيث لم يحظ سوى بنسبة مشاهدة (52.5%) .
- برنامج صحتك مهمتك في المرتبة التاسعة حيث لم يحظ سوى بنسبة مشاهدة (52.25%) .
- وأخيرًا برنامجي بستان النور ودايما معاك في المرتبة العاشرة حيث لم يحظيا سوى بنسبة مشاهدة (53.25%).

11- دور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية لبعض الأمراض لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (25) دور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية لبعض الأمراض لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (25)

دور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية لبعض الأمراض

دور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية لبعض الأمراض	ك	%	الترتيب
نعم	136	34	2
لا	264	66	1
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن (66%) من المبحوثين يرون أن قناة نفرتيتي ليس لها دور في تصحيح المعلومات الطبية حول بعض الأمراض، وذلك مقابل (34%) من أفراد العينة يرون أن القناة تقوم بهذا الدور.

ورغم أن جميع أفراد العينة من المتصلين بالقناة إلا أن ثلث العينة فقط هي من اعترفت بدور القناة في تصحيح معلوماتها الطبية، في حين أن باقي أفراد العينة لم يعترفوا بهذا الدور، سواء لأن معلوماتهم صحيحة وبالتالي لا داعي لتصحيحها أو لأن طبيعة البرامج الطبية والمعرفة بها تُكتسب عن طريق الخبرة والاتصال الشخصي بالأطباء مما يصعب على وسيلة إعلامية تقدم ثقافية صحية جماهيرية كالتليفزيون في تعديل أو تصحيح هذه المعرفة.

ويعتبر ذلك نتيجة إيجابية لصالح القناة رغم انخفاض هذه النسبة بشكل واضح، إذ يشكل هذا الإقرار لدور القناة في تصحيح المعلومات الطبية اعترافًا ضمنيًا لدى أفراد العينة بوجود بعض المغالطات الخاطئة التي يمتلكونها حول بعض الأمراض، ونادرًا ما يقر الجمهور بخطأ المعلومات التي يمتلكها، وبالتالي فهو يعترف بدور قناة أو وسيلة محددة على تصحيح هذه المعلومات، في حين أن وجود (66%) لم تقم القناة بدورها في تصحيح معلوماتهم يمكن أن يعود لارتفاع نسبة ذوي التعليم المتوسط فما فوق، والذين عادة يمتلكون معرفة أعمق وأدق، وليست بحاجة إلى تصحيح.

12- نوعية الأمراض التي صححتها برامج قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (26) نوعية الأمراض التي صححتها برامج قناة نفرتيتي لدى المبحوثين.

جدول رقم (26)

نوعية الأمراض التي صححتها برامج قناة نفرتيتي لدى المبحوثين

المــرض	ك	%	الترتيب
الأنفلونزا	4	2.9	8
الأورام	11	8.1	4
الالتهاب الكبدي الفيروسي	17	12.5	1
الإدمان	4	2.9	8
أمراض العيون	3	2.2	9
الإيدز	9	6.6	5
العلاج بالأعشاب	1	0.7	11
أمراض الحساسية	13	9.5	2
أمراض المرأة بعد فترة الحمل	2	1.5	10
سوء التغذية	2	1.5	10
الرجيم وطرق ممارسته الصحيحة	1	0.7	11
سرطان الثدي	5	3.7	7
ضغط الدم	9	6.6	5
أمراض السكر	12	8.8	3
أمراض الكلى والمسالك البولية	8	5.9	6
أمراض القلب	4	2.9	8
أمراض الروماتيزم	3	2.2	9
الأمراض الجلدية	5	3.7	7
أمراض الأسنان	2	1.5	10
الأمراض الوراثية	1	0.7	11
الفلاريا	2	1.5	10
ن = 136 مبحوث			–

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن أكثر الأمراض التي أسهمت القناة في تصحيح المعلومات حولها مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (12.5%)، وإذا كان ثمة ما يبرر البحث عن المعلومات حول هذا المرض كونه من أكثر الأمراض انتشارًا في المجتمع حيث أن هناك ــ حسب بيانات وزارة الصحة المصرية ــ ما يقرب من ستة ملايين مصري مصابين بهذا المرض[1]، فإن طبيعة هذا المرض التي لا تزال غامضة وغير معروفة بالنسبة لكثير من أفراد العينة بغرض وجود بعض المعلومات الخاطئة أو الغامضة التي يمكن أن تسهم مصادر المعلومات عمومًا وقناة نفرتيتي خصوصًا بتصحيحها، فمعرفة الجمهور في مجتمعاتنا بمثل هذه الأمراض التي تم اكتشافها مؤخرًا ما زالت محدودة وغير دقيقة[2].

جاءت أمراض الحساسية في الترتيب الثاني من حيث قدرة قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات المقدمة حولها (9.5%)، وربما تعود الفترة التي تم تطبيق الاستبيان فيها والتي تنتشر فيها مثل هذه الأمراض سببًا لارتفاع نسبة المبحوثين الذين يتصلون بالقناة لتصحيح معلوماتهم حول هذه الأمراض، إضافة إلى تنوع مصادر الحساسية التي قد تصيب الفرد مما يجعل من المعلومات حولها تحتمل عدم الدقة وعدم الوضوح.

وبنسبة متقاربة جاءت أمراض السكر من الأمراض التي تحتمل تصحيح المعلومات حولها (8.8%)، أولاً لانتشار هذا المرض في المجتمع

---

(1) http:// www. Sutor. Com/issues/2002/073/074-073. htm, **Op. cit** in: 10/5/2004.

(2) على طاهر مبارك ، دور وسائل الإعلام الجماهيرية في التربية الشاملة والعصرية ، **مرجع سابق** ، ص 55.

المصري، وثانيًا لأنه مرض غير معروف الأسباب المؤدية إليه والأعراض الناجمة عنه من قبل الجمهور العام متوسط الثقافة.

لم تحتل بقية الأمراض البارزة في المجتمع كالأنفلونزا والأسنان وأمراض ما بعد الحمل كونها من الأمراض المعروفة التي لا تتطلب تصحيح معلومات حولها بشكل ملموس.

13- أبرز الأمراض التي تناولتها قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (27) أبرز الأمراض التي تناولتها قناة نفرتيتي من وجهة المبحوثين.

جدول رقم (27)

أبرز الأمراض التي تناولتها قناة نفرتيتي

أهم الأمراض التي عرضتها قناة نفرتيتي	ك	%	الترتيب
الأورام (أورام الثدي ـ الرئة ـ سرطان الدم ـ وغيرها)	254	63.5	1
الالتهاب الكبدي الوبائي	232	58	2
الأمراض الصدرية والحساسية	192	48	5
الصحة الإنجابية (تنظيم الأسرة ـ صحة المرأة ـ ختان الإناث ـ وغيرها)	196	49	3
الأمراض الناتجة عن التدخين	104	26	14
مرض السكر	89	22.3	16
الإدمان	112	28	13
أمراض القلب	127	31.8	11
الفشل الكلوي	194	48.5	4
شلل الأطفال	151	37.8	9

أهم الأمراض التي عرضتها قناة نفرتيتي	ك	%	الترتيب
مرض سارس (الذي انتشر في آسيا الفترة الماضية)	68	17	20
الفلاريا	21	5.3	22
البلهارسيا	71	17.8	19
أمراض الأسنان واللثة	85	21.3	17
أمراض المخ والأعصاب	188	47	6
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	115	28.8	12
أمراض العيون	115	28.8	12
أمراض سوء التغذية	72	18	18
الدوسنتاريا	43	10.8	21
ضغط الدم	131	32.8	10
أمراض المسالك البولية	94	23.5	15
هشاشة العظام	182	45.5	7
الروماتيزم	181	45.3	8
أخرى تذكر	2	0.5	23
ن = 400 مفردة			ـ

يتضح من بيانات الجدول السابق :

يعتقد غالبية المبحوثين أن قناة نفرتيتي تركز في تناولها للأمراض على أمراض الأورام بشكل عام (أورام الثدي ـ الرئة ـ الدم...) حيث بلغت نسبتهم (63.5%) حيث ما زالت أمراض السرطان كأمراض خبيثة تهدد حياة البشر والتي لم يتوصل الطب إلى اكتشاف العلاج الشافي لمعظمها[1]،

---

(1) الموسوعة الطبية، المجلد الثالث ، **مرجع سابق** ، ص 1028.

تشكل مادة مثيرة تستحق المتابعة كما تستحق تركيز القناة عليها من وجهة نظر المبحوثين.

في حين جاء الالتهاب الكبدي الفيروسي من أكثر الأمراض التي يعتقد المبحوثين أن القناة تركز عليها (58%) نظرًا لانتشار هذا المرض، كما تم الإشارة مسبقًا من جهة ولطبيعة المرض نفسه التي تحتمل كثيرًا من الشرح والنصح والتفصيل.

من جهة أخرى جاءت أمراض الصحة الإنجابية (49%) والأمراض الصدرية والفشل الكلوي(48.5%)، والحساسية (48%)، المخ والأعصاب (47%)، هشاشة العظام(45.5%) الروماتيزم م(45.3%) في المراكز التالية وبنسب متقاربة من حيث اعتقاد المبحوثين بتركيز القناة على هذه الأمراض التي تلقي اهتمامهم كما تلقي اهتمام القناة على اعتبار أن هدفها الصحة للجميع كحق أصيل من حقوق الإنسان والمواطنة إينما كان ذلك ومن أي سلم اجتماعي اقتصادي ينتمي إليه[1].

لم تحظ بقية الأمراض المشار إليها بنسب مرتفعة تذكر يعتقد المبحوثين أن القناة تركز عليها لاعتبار معظمها أمراض عامة ومنتشرة وليس فيها من عناصر الإثارة ما يمكن أن يجذب الجمهور أو يقدم له الجديد حولها.

14-الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (28) اتصال عينة الدراسة ببرنامج نفرتيتي على الهواء الذي يتم بثه على الهواء مباشرة[*].

---

(1) زهير محمد نعمان ، نظرة على أولويات المشاكل الصحية في المجتمع المصري، **مرجع سابق** ، ص 29.

(*) تم اختيار هذا البرنامج لأنه البرنامج الوحيد الذي يذاع على الهواء مباشرة.

جدول رقم (28)

الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	ك	%	الترتيب
نعم	154	38.5	2
لا	246	61.5	1
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن (38.5%) فقط من أفراد العينة يتصلوا ببرنامج نفرتيتي علـــى الهـــواء مباشرة مقابل (61.5%) لا يقومون بذلك، وبالرغم من أن جميع أفراد العينة ممن يتواصلون مع القناة سواء عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو الرسائل البريدية أو الفاكس فإن غياب ثلثي العينة عن الاتصال في أوقات البث المباشر يعني أنها تقوم بالاتصال بالقناة في الأوقات الاعتيادية التي لا تتضمن هذا البث، وهذا يعني أن أوقات البث المباشر للقناة غير مناسبة، وخاصة أنها تقدم في أوقات ما بعد قيلولة الظهيرة (6ــ8) مساء، إضافة إلى أنها غير كافية إذ تمتد على مدار ساعتين فقط، مع مراعاة الضغط الذي يكون على القناة في هذه الفترة المحدودة وعلى الشبكة الهاتفية، لذا تضطر النسبة الكبرى من أفراد العينة إلى الاتصال في أوقات خارج البث المباشر.

وتأتي هذه النتيجة تأكيدًا لنتيجة سابقة مفادها أن الجمهور يفضل فترات الإعادة على فترات البث المباشر للأسباب السابق ذكرها، ولحاجتهم لوقت أطول للبث المباشر، خاصة أن فترات البث المباشر هي الاتجاه المعاصر الذي يضمن تفاعلية الجمهور مع القناة، وشعورهم بقربها المعنوي، ولذلك تتجه معظم المحطات المعاصرة التي تخصص فترات بث مباشر على

مساحة واسعة لجذب الجمهور وضمان المنافسة في عصر الإعلام الفضائي.[1].

15- أسباب الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (29) أسباب الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (29)

أسباب الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

أسباب الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	ك	%	الترتيب
لمعرفة مزيد من المعلومات الصحية عن مرض موضوع الحلقة	64	41.6	3
لأنه يوجد اتصال مباشر على الهواء مباشرة بين الطبيب والمشاهد	75	48.7	2
لاستشارة الطبيب المستضاف حول مرض معين ومعرفة رأيه في الحال	77	50	1
ن = 154 مبحوث			

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن سبب اتصال من يتواصلون مع القناة على الهواء مباشرة يعود لثلاثة أسباب رئيسية متقاربة النسب: أولها، استشارة الطبيب المستضاف حول مرض معين ومعرفة رأيه في الحال (50%)، وثانيها، هو هدف مقارب

---

(1) محمد صادق حمودة ، **التليفزيون التفاعلي في عصر البث المفتوح**، (بيروت: طباعة خاصة ، 1999) ص 104.

لإتاحة فرصة التقارب مع الطبيب (48.7%)، في حين جاء هدف معرفة المعلومات عن المرض موضوع الحلقة ثالثًا بنسبة (41.6%).

ويتضح من مجمل هذه الأسباب أن الإفادة الشخصية للاستفسار حول مرض أو معرفة المزيد عنه هي الدافع الرئيسي لاتصال المبحوثين في فترات البث المباشر، وهذا الأمر طبيعي في ظل الأطباء المتخصصين وأصحاب الخبرة والشهرة التي توفرهم القناة، إضافة لارتباط هذه الشخصيات بعامل الثقة التي تجعل الجمهور يحرص على الإفادة الصحية منها.

16- درجة استفادة عينة الدراسة من المعلومات الطبية المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (30) درجة الاستفادة من المعلومات الطبية المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (30)

درجة الاستفادة من المعلومات الطبية المقدمة

في برنامج نفرتيتي على الهواء

درجة الاستفادة من المعلومات الطبية في برنامج نفرتيتي على الهواء	ك	%	الترتيب
استفيد	78	50.7	1
استفيد إلى حد ما	73	47.4	2
لم استفد	3	1.9	3
الإجمالي	***154***	**100**	**ـ**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن غالبية أفراد العينة العظمى التي تتصل في فترات البث المباشر تستفيد من اتصالها، إما استفادة تامة (50.7%) أو استفادة إلى حد ما (47.4%) مقابل (1.9%) فقط لا يستفيدون على الإطلاق، وهذا يمكن رده كما أسلفنا إلى مستوى الضيوف التي تستضيفهم القناة من أطباء متخصصين ومستوى بالثقة بهم.

أما بالنسبة لارتفاع نسبة الاستفادة الجزئية (إلى حد ما)، ممن يتصلون بالقناة على الهواء مباشرة فهذا يمكن رده إلى طبيعة الاستشارة الطبية التي لا يمكن أن تتم الإفادة منها مهما كانت خبرة وتخصص الطبيب إلا من خلال المعاينة المباشرة في عيادة الطبيب أو المستشفيات، ولذلك يبقى حجم الإفادة المنطقي يتراوح ما بين الاستشارة أو الاستفادة برأي خبير، وربما مقارنة النصائح الموجهة مع الطبيب الخاص للحكم على مدى توافق رأي خبير مختص موثوق مع من يلجأ إليه المريض للعلاج بشكل تقليدي.

17- درجة الاستفادة من المعلومات المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (31) درجة الاستفادة من المعلومات المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب لدى المبحوثين.

جدول رقم (31)

درجة الاستفادة من المعلومات المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب لدى المبحوثين

درجة الاستفادة من المعلومات المقدمة في برنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب	ك	%	الترتيب
نعم	16	10.6	3
إلى حد ما	90	59.6	1
لا	45	29.8	2
الإجمالي	151	100	–

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن النسبة الأكبر من أفراد العينة (59.6%) يستفيدون من برنامج قناة نفرتيتي للدرجة التي تجعلهم يستغنون عن زيارة عيادة الطبيب إلى حد ما، وهذا لا يمكن إرجاعه إلى أن الاستغناء الجزئي يرتبط ببعض الأمراض التقليدية البسيطة كالأنفلونزا، أو حتى الصداع أو سوء التغذية أو السمنة، في حين أن وجود (29.8%) من أفراد العينة لا تغنيهم الاستشارة الطبية عبر القناة عن زيارة الطبيب شئ طبيعي، حيث أنه رغم كل التقدم التكنولوجي للعلاج عن بعد إلا أنه يبقى التواصل الحي للمريض مع طبيبه، الحالة المثلى للعلاج والمعاينة ليس في مجتمعنا فحسب بل في جميع بلدان العالم.

وما يمكن النظر إليه بوجهة نقدية أكبر هو وجود (10.6%) من أفراد العينة تغنيهم اتصالاتهم المباشرة مع القناة على زيارة عيادة الطبيب، فبالرغم من صغر حجم هذه العينة فإنه في ظل ما تم ذكره حول أنه لا غنى للإنسان في المجتمع المعاصر عن زيارة طبيبه في حالة إصابته بالأمراض، يجب

تفسير هذه النتيجة بدراية طبية، حيث يمكن ردها إما لوجود بعض الأمراض التي يكفي السؤال عنها لتلافي أضرارها، أو لوجود أمراض يخشى المريض نفسه من زيارة طبيبه حولها، فيكفيه الاستشارة للتعويض عن الزيارة كالإدمان، الذي خصصت له القناة حيزًا مهمًا في برامجها المباشرة، إضافة إلى أنه يمكن أن يكون هدف المتصل الاستشارة للوقاية من مرض أو الاستزادة بمعلومات حوله دون أن يكون قد تعرض له فعليًا.

18- أسباب عدم الاستفادة من مشاهدة برنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة:

يوضح الجدول رقم (32) أسباب عدم الاستفادة لدى المبحوثين الذين لم يستفيدوا من مشاهدة برنامج نفرتيتي على الهواء.

جدول رقم (32)

أسباب عدم الاستفادة لدى المبحوثين الذين لم يستفيدوا من مشاهدة برنامج نفرتيتي على الهواء

أسباب عدم الاستفادة ببرنامج نفرتيتي على الهواء	ك	%	الترتيب
الشرح صعب وغير مفهوم	1	33.3	1
الإجابة السريعة	1	33.3	1
وقت البرنامج غير كافي لشرح كل ما يتعلق بالمرض	1	33.3	1
الإجمالي	3	100	–

يتضح من بيانات الجدول السابق :

تعود أسباب عدم الاستفادة لدى المبحوثين الذين اتصلوا على الهواء مع برنامج نفرتيتي على الهواء كما وضحها الجدول السابق، إلى صعوبة الشرح أحيانًا، أو الإجابات السريعة أو وقت البرنامج غير كاف وجميعها تحتل نسبة واحدة (33.3%).

وبالرغم من أن هذه الأسباب منطقية لعدم الاستفادة الفعلية من أي برنامج صحي في أي قناة فضائية نظرًا لضغط ضيق الوقت وكثافة الاتصالات والتفسير المقدم حسب الانطباع الأولي، إلى أن هذه الأسباب تحتاج لدراسة أكبر نتيجة صغر حجم العينة التي أجابت على هذا السؤال، حيث لم يستفد إلا ثلاثة مبحوثين فقط من إجمالي عينة الدراسة المتصلين، وهذه النسبة الضئيلة لا تعطي الدلالة الكافية للوثوق بالنتائج وتعميمها.

19- آراء عينة الدراسة عن قناة نفرتيتي:

يوضح جدول رقم (33) آراء الجمهور عن قناة نفرتيتي.

جدول رقم (33)

آراء الجمهور عن قناة نفرتيتي

م	العبارات	موافق		لا رأي لي		معارض		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		ك	%	ك	%	ك	%		
1	قناة نفرتيتي تقدم معلومات صحية متميزة	352	88	40	10	8	2	2.86	0.40
2	أداء بعض المذيعين في قناة نفرتيتي ينقصه الخبرة	146	36.5	188	47	66	16.5	2.20	0.70
3	تعتمد قناة نفرتيتي على أطباء متميزين في تقديم	285	71.3	100	25	15	3.8	2.68	0.54

م	العبارات	موافق		لا رأي لي		معارض		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		ك	%	ك	%	ك	%		
	المعلومات الصحية والاستشارات الطبية								
4	أسلوب إخراج البرامج في القناة ضعيف وممل	66	16.5	238	59.5	96	24	1.93	0.63
5	قناة نفرتيتي تمثل إضافة جديدة في مجال الإعلام الصحي	265	66.3	118	29.5	17	4.3	2.62	0.57
6	برنامج نفرتيتي على الهواء من أفضل برامج القناة حيث يوجد فيه اتصال مباشر بين لمتخصصين والجمهور المشاهد	273	68.3	97	24.3	30	7.5	2.61	0.62
7	تقدم القناة معلومات سطحية عن الأمراض السائدة مثل: أورام الثدي ـ تنظيم الأسرة ـ الالتهاب الكبدي... وغيرها	83	20.8	176	44	141	35.3	1.86	0.74
8	تحتاج قناة نفرتيتي إلى التطوير في الإعداد واختبار الموضوعات	178	44.5	137	34.3	85	21.3	2.23	0.79
9	تحتاج القناة إلى التنسيق في مواعيد إذاعة البرامج	168	42	164	41	68	17	2.25	0.72
10	معظم برامج قناة نفرتيتي لا تستخدم الوسائل الإيضاحية اللازمة لتبسيط	119	29.8	134	33.5	147	36.8	1.93	0.81

م	العبارات	موافق		لا رأي لي		معارض		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		ك	%	ك	%	ك	%		
	المعلومات								
11	قناة نفرتيتي تقدم المعلومات الصحية بشكل جذاب من خلال الدراما	264	66	109	27.3	27	6.8	2.59	0.61
12	قناة نفرتيتي تخدم كل فئات المجتمع (الطفل ــ الرجل ــ المرأة ــ ذوى الاحتياجات الخاصة ــ المسنين... وغيرهم)	321	80.3	55	13.8	24	6	2.74	0.56
ن = 400 مفردة									

يتضح من بيانات الجدول السابق :

يهدف تحديد اتجاه المبحوثين نحو قناة نفرتيتي ثم قياس رأي المبحوثين في القناة من عدة جوانب إيجابية وسلبية، وقد دلت النتائج التفصيلية الأولية لهذا المقياس عن النتائج التالية:

تفوقت الجوانب التي تقيس الاتجاه الإيجابي جميعها على الجوانب التي تقيس الاتجاه السلبي نحو القناة، إذ كانت المتوسطات الحسابية لاعتقاد المبحوثين أن القناة مفيدة وجيدة ويديرها مختصين وبرامجها جذابة وتخدم سائر طبقات المجتمع هي المتوسطات الأعلى التي أولاها المبحوثين موافقتهم، وقد جاءت هذه الجوانب حسب التسلسل التالي:

المرتبة الأولى القناة تقدم معلومات صحية متميزة

اتجاه إيجابي متوسط 2.86

المرتبة الثانية القناة تخدم كل فئات المجتمع

اتجاه إيجابي متوسط 2.74

المرتبة الثالثة القناة تعتمد على أطباء متميزين

اتجاه إيجابي متوسط 2.68

المرتبة الرابعة القناة تمثل إضافة جديدة للإعلام الصحي

اتجاه إيجابي متوسط 2.62

المرتبة الخامسة القناة تقدم أفضل البرامج على الهواء مباشرة

اتجاه إيجابي متوسط 2.61

المرتبة السادسة القناة تقدم البرامج بشكل جذاب من خلال الدراما

اتجاه إيجابي متوسط 2.59

وربما يعود هدف القناة كقناة معلومات صحية هو الذي جعل المرتبة الأولى في رأي المبحوثين في القناة تميزها في تقديم المعلومات الصحية، في حين يرجع تقدير أفراد العينة لتفوق القناة في خدمة كل فئات المجتمع إلى طبيعة العينة كمتواصلين مع القناة مما يجعلهم يرون قدرتها على خدمتهم جميعًا، وهذا السبب أيضًا هو الذي يجعلهم يرون تميز أطبائها الأمر الذي يدفعهم للاتصال والاستفسار.

بالمقابل جاءت جميع الجوانب السلبية التي وافق عليها المبحوثين في القناة بالمراتب اللاحقة لموافقتهم على الجوانب الإيجابية، دون تقدم أي جانب سلبي على آخر إيجابي، وقد جاء ترتيب هذه الجوانب السلبية التي وافق عليها المبحوثين على النحو التالي:

المرتبة الأولى القناة تحتاج تنسيق مواعيد برامجها

الاتجاه السلبي متوسط 2.25

المرتبة الثانية القناة تحتاج إلى التطوير في الإعداد

الاتجاه السلبي متوسط 2.22

المرتبة الثالثة	خبرة المذيعين في القناة غير كافية	
الاتجاه السلبي	متوسط	2.20
المرتبة الرابعة	لا تستخدم القناة وسائل إيضاح كافية	
الاتجاه السلبي	متوسط	1.93
المرتبة الخامسة	أسلوب الإخراج في القناة ممل	
الاتجاه السلبي	متوسط	1.93
المرتبة السادسة	القناة تقدم معلومات سطحية عن الأمراض	
الاتجاه السلبي	متوسط	1.86

وبالنظر إلى هذه الجوانب التي مثلت عوامل الاتجاه السلبي لدى المبحوثين (والتي لم تكن مرتفعة كما هو موضح)، إلى تنسيق مواعيد البرامج كأهم الجوانب السلبية، وهذا الأمر لـــه انعكاسه المسبق سواء في الفترات المختارة، أو في تقديم القناة لفترات حساسة، مثل البث المباشر خلال أوقات لا تناسب الجمهور (6ــ8) مساءً، في حين جاء عدم التطوير في الإعداد أو خبرة المذيعين أو وسائل الإيضاح أو الإخراج، جميعها أسباب تركز على شكل التقديم وليس مضمونة، وهي نالت درجات متدنية من موافقة الجمهور، في حين أن السبب المتعلق بالمضمون وتقديم معلومات سطحية جاء في المركز الأخير بالنسبة لجميع متوسطات الجوانب السابقة التي تحدد اتجاه المبحوثين نحو القناة.

وبناء على هذه الجوانب ورأي المبحوثين فيها موافقًا أو محايدًا أو سلبًا أمكن تحديد اتجاه أفراد العينة نحو القناة بشكل عام من خلال الجدول التالي.

20- اتجاه المبحوثين نحو قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول التالي اتجاه المبحوثين نحو قناة نفرتيتي.

جدول رقم (34)

اتجاه المبحوثين نحو قناة نفرتيتي

اتجاه المبحوثين نحو قناة نفرتيتي	ك	%	الترتيب
سلبي	2	0.5	3
محايد	249	62.2	1
إيجابي	149	37.3	2
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

جاء الاتجاه المحايد نحو القناة هو الأبرز وبنسبة (62.2%) في حين جاء الاتجاه الإيجابي ثانيًا بنسبة (37.3%)، مقابل (0.5%) فقط كان اتجاههم سلبي نحو القناة.

وإذا كان قلة الاتجاه السلبي الذي تفرضه تفوق الجوانب الإيجابية للقناة على الجوانب السلبية في المؤشرات العامة، ومرده إلى طبيعة أفراد العينة من المتواصلين مع القناة، فإن نسبة هذا الاتجاه كان يمكن أن تزيد في حالة إجراء التطبيق على الجمهور العام المتابع وغير المتابع للقناة.

ويعد وجود (37.3%) من اتجاه المبحوثين إيجابيًا نحو القناة طبيعيًا في ظل طبيعة العينة وتفوق الجوانب الإيجابية جميعها على الجوانب السلبية، أما ارتفاع النسبة الأبرز للرأي المحايد نحو القناة فيعود إلى التقارب في المتوسطات بين الجوانب الإيجابية التي جاءت أولاً، وكذلك جميع الجوانب السلبية التي جاءت لاحقًا كما يوضحها الجدول وعدم سعة الانحراف المعياري بين معظم هذه الاتجاهات إضافة إلى ميل المبحوثين في الدراسات الاجتماعية والنفسية إلى الرأي المحايد في كثير من الحالات مما يضطر

الباحث إلى وضع عبارات لا تبدو بظاهرها تتصل بموضوع الاتجاه المراد قياسه ليعطي فرصة الاستجابة التلقائية بعيدًا عن المحايدة من جانب الجمهور[1].

21- مقترحات عينة الدراسة لتطوير القناة:

يوضح الجدول رقم (35) المقترحات المقدمة لتطوير القناة لدى المبحوثين.

جدول رقم (35)

المقترحات المقدمة لتطوير القناة

مقترحات لتطوير القناة	ك	%	الترتيب
زيادة عدد البرامج	116	29	6
تنوع الأطباء الضيوف ومقدمي البرامج	105	26.3	8
زيادة مساحة البرامج المذاعة على الهواء	144	36	4
زيادة التنويهات الصحية على القناة	115	28.8	7
زيادة فترة الإرسال عن 6 ساعات	256	64	1
الاهتمام بمستوى الإعداد والتقديم	185	46.3	2
الإكثار من استخدام الأفلام لتدعيم المادة العلمية	161	40.3	3
تبسيط المعلومات الطبية	141	35.3	5
الاهتمام ببعض الأمراض	2	0.5	9
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق :

(1) H . Kinder: **Basic-psychology: Word student sciences**, (London: Library of congress, 1975), p. 671.

- أن مقترحات عينة الدراسة لتطوير قناة نفرتيتي يتركز أولاً في زيادة فترة الإرسال عن ست ساعات، حيث بلغت نسبتهم (64%)، وهذا دليل على الاتجاه الإيجابي نحو القناة والاستفادة منها من جهة، وعلى رؤية كثير من أفراد العينة كما أوضحته النتائج السابقة أن غياب اتصالهم المباشر عن القناة بسبب ضغط الوقت، وقلته، ولعل هذا الاتجاه هو الذي يدفع عينة الدراسة لإبداء رأيهم بضرورة زيادة ساعات الإرسال، إضافة إلى أن فترة الست ساعات حاليًا هي فترة فعلاً قصيرة إذا ما قورنت بعشرات الفضائيات الأخرى التي تبث على مدار اليوم.
- جاء الاهتمام بمستوى الإعداد والتقديم في المرتبة الثانية، حيث اقترح (46.3%) منذ أفراد العينة تطوير القناة، وهذا الجانب طبيعي أن يرتكز عليه تطوير أداء أي قناة لأنه يشكل جميع الجوانب المتعلقة بالشكل والمضمون الذي تقدمه القناة، وبنسب متساوية رأى (40.3%) من المبحوثين أن تطوير القناة يعني الإكثار من استخدام الأفلام التدعيمية للمادة الفيلمية، وهذا يتماشى مع كون القناة قناة مرئية، إضافة لتماشيه مع طبيعة المادة التي تقدمها القناة كمادة طبية تتطلب عناصر الشرح والإيضاح، والاستفادة من الأدوات التي تفرزها تكنولوجيا البث الفضائي لتبسيط مضامينها.
- تماشيًا مع النتائج السابقة رأى (36%) من أفراد العينة أن تطوير القناة يعني زيادة مساحة البرامج المذاعة على الهواء، إذ أن أكثر من نصف أفراد العينة لم تتح لهم فرصة الاتصال بالقناة على الهواء بالرغم أنهم من الحريصين على الاتصال بها متى أمكن ذلك.

- أن انخفاض نسبة من يرون أن تطوير القناة يلزم الاهتمام ببعض الأمراض (0.5%) فقط مؤشرًا قويًا على أن القناة تولي اهتمامها لمعظم الأمراض دون التركيز على بعض وإهمال البعض الآخر، ولعل هذا أمرًا طبيعيًا في مجتمع يعاني من أمراض كثيرة ومتنوعة منها أمراض معدية وأمراض غير معدية حسب البيانات والدراسات الصحية المنشورة [1].

22- آراء عينة الدراسة حول تفضيل إذاعة قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري:

يوضح الجدول رقم (36) آراء المبحوثين حول تفضيل إذاعة قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري.

جدول رقم (36)

آراء المبحوثون حول

تفضيل إذاعة قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري

تفضيل إذاعة برامج قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية	ك	%	الترتيب
نعم	364	91	1
لا	36	9	2
الإجمالي	**400**	**100**	**-**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

(1) على طاهر مبارك ، دور وسائل الإعلام الجماهيرية في التربية الشاملة والعصرية، **مرجع سابق**، ص 55.

- أن غالبية أفراد العينة ترى ضرورة بث قناة نفرتيتي على البث الأرضي لتنضم إلى مجموعة القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري وبنسبة (91%) مقابل (9%) فقط لا يرون ضرورة لذلك، وبالتأكيد فإن هذا الأمر سيوفر انتشارًا أكبر للقناة وفرصة لإفادة جميع شرائح المجتمع المصري، وخاصة الفئات المنخفضة المستوى الاجتماعي الاقتصادي التي لا تستطيع امتلاك تقنية التقاط البث الفضائي.
- وبالرغم من أن جميع أفراد العينة ممن يمتلكون هذه التقنية، وممن يمتلكون قدرة الاتصال مع القناة، إلا أن رؤيتهم لما تقدمه القناة والخدمات التي يمكن أن تؤديها تدفعهم وتجعلهم يرون أن بثها أرضيًا سيوفر هذه الخدمات المهمة لفئات اجتماعية تهمها مشاهدة هذه القناة، وهذا من باب توسيع الإفادة ليشمل معظم شرائح المجتمع المصري.

23- أسباب رغبة عينة الدراسة في إذاعة قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري:

يوضح الجدول رقم (37) أسباب إذاعة برامج قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري لدى المبحوثين.

جدول رقم (37)

أسباب إذاعة برامج قناة نفرتيتي

على القنوات الأرضية بالتليفزيون المصري

أسباب إذاعة قناة نفرتيتي على القنوات الأرضية	ك	%	الترتيب
توسيع قاعدة الاستفادة منها	208	57.1	2
لعدم امتلاك بعض الناس الأطباق الفضائية	276	75.8	1
لأن القنوات الأرضية أكثر انتشارًا	3	0.8	3
ن = 364 مبحوث			

يتضح من بيانات الجدول السابق :

- أن أسباب رؤية المبحوثين لإمكانية ضم القناة إلى باقة القنوات الأرضية المصرية حيث سيتيح وصولها إلى فئات اجتماعية ليس لديها القدرة المادية على امتلاك تقنية التقاط البث الفضائي تمثل بنسبة (75.8%)، في حين يرى (57.1%) لأسباب إذاعتها على القنوات الأرضية توسيع قاعدة الاستفادة منها، في حين جاءت آراء من يرون أن القنوات الأرضية أكثر انتشارًا بنسبة (0.8%) حيث أن هناك من هم بحاجة لخدماتها فعلاً ويشكلون الشريحة الواسعة في المجتمع ولكن ظروفهم لا تسمح لهم بهذه الإفادة، إضافة إلى أن وصولها لغير القادرين ماديًا سيؤدي تلقائيًا إلى توسيع قاعدتها وانتشارها كما هو الحال لقناة النيل للأخبار.

24- مدى وجود مقترحات لدى عينة الدراسة عن البرامج والأفكار الجديدة التي يمكن إذاعتها على قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (38) مقترحات عن البرامج والأفكار الجديدة التي يمكن إذاعتها على قناة نفرتيتي لدى المبحوثين.

جدول رقم (38)

مقترحات عن البرامج والأفكار الجديدة

التي يمكن إذاعتها على قناة نفرتيتي

البرامج والأفكار المقترحة	ك	%	الترتيب
نعم	42	10.5	2
لا	358	89.5	1
الإجمالي	**400**	**100**	**ـ**

يتضح من بيانات الجدول السابق :

- أن غالبية أفراد العينة (89.5%) لم يقدموا اقتراحات لنوعية برامج جديدة يتمنون مشاهدتها على قناة نفرتيتي، وهذا دليل على أن القناة تقدم نوعيات مختلفة من البرامج تشمل شريحة واسعة سواء من الأمراض أو من الاكتشافات الطبية أو التي تضمن التواصل بين القناة وجمهورها. لذلك اكتفى (10.5%) فقط من أفراد العينة بتقديم مقترحات لبرامج جديدة وإن كان بعضها تشمله تغطية القناة ولا يتابعه هؤلاء المبحوثين، ولتبيان هذه النوعية من الأفكار والبرامج المقترح إذاعتها توضح الفئة التالية أهم هذه الأفكار والبرامج.

25- نوعية البرامج والأفكار المقترح إذاعتها من قبل عينة الدراسة على قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (39) نوعية البرامج والأفكار المقترح إذاعتها على قناة نفرتيتي لدى المبحوثين.

جدول رقم (39)

نوعية البرامج والأفكار المقترح إذاعتها على قناة نفرتيتي

الاقتراحات	ك	%
برامج لتعليم الأطفال الإسعافات الأولية	1	2.4
برامج تعالج المرضى النفسيين	2	4.8
برامج عن الجديد في الطب	2	4.8
برامج عن الطب النبوي وطب الفراعنة	1	2.4
برامج عن الطب البديل	1	2.4
تنوع الأطباء	4	9.5
كثرة المواد الفيلمية لتدعيم المادة الطبية	8	19

%	ك	الاقتراحات
11.9	5	الاحتكاك المباشر بالجمهور لمعرفة متطلباتهم الصحية
4.8	2	كثرة البرامج التي تعتمد على الدراما في عرض المرض
4.8	2	دعم البرامج بالموسيقى الهادئة
19	8	الإعلان عن القناة في القنوات الأرضية
2.4	1	زيادة برامج التوعية بأضرار الإيدز
2.4	1	زيادة برامج التوعية بأضرار التدخين
2.4	1	زيادة البرامج الخاصة بالأورام
9.5	4	تبسيط المعلومات الطبية
9.5	4	زيادة برامجي الرجيم
21.4	9	زيادة المستوى الفني في الإخراج لبعض البرامج
ن = 42 مبحوث		

يتضح من بيانات الجدول السابق :

أن مقترحات المبحوثين يمكن تقسيمها على النحو التالي:

أولاً: بالنسبة للأفكار فكانت كالتالي:

1- زيادة المستوى الفني في الإخراج لبعض البرامج.

2- كثرة المواد الفيلمية لتدعيم المادة الطبية.

3- الإعلان عن القناة في القنوات الأرضية.

4- الاحتكاك المباشر بالجمهور لمعرفة متطلباتهم الصحية.

5- تنوع الأطباء في البرامج.

6- تبسيط المعلومات الطبية.

7- كثرة البرامج التي تعتمد على الدراما في عرض المرض.

8- دعم البرامج بالموسيقى الهادئة.

ثانيًا: بالنسبة للبرامج التي يطالب بها جمهور عينة الدراسة هي كما يلي:

1- زيادة برامج الرجيم.

2- برامج تعالج المرضى النفسيين.

3- برامج عن الجديد في الطب.

4- برامج عن الطب النبوي وطب الفراعنة.

5- زيادة البرامج الخاصة بالأورام.

6- برامج لتعليم الأطفال الإسعافات الأوليّة.

7- برامج عن الطب البديل.

8- زيادة برامج التوعية عن الإيدز.

9- زيادة برامج التوعية بأضرار التدخين.

المحور الثالث: معرفة المبحوثين بالأمراض الأكثر انتشارًا:

أولاً: المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C) (الأسباب الأعراض الوقاية):

أ- معلومات عينة الدراسة عن أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي:

يوضح الجدول رقم (40ـــ أ) أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي لدى المبحوثين.

جدول رقم (40ــ أ)

أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي

أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي	ك	%	الترتيب
الإصابة بالبلهارسيا	95	23.8	7
عن طريق نقل دم شخص مصاب إلى شخص سليم	165	41.3	1
من خلال الأدوات غير معقمة التي يستخدمها طبيب الأسنان	147	36.8	3

أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي	ك	%	الترتيب
استخدام الأدوات الشخصية لشخص مصاب بالمرض مثل (ماكينة الحلاقة ــ فرشة الأسنان)	136	34	4
من خلال العمليات الجراحية	115	28.8	6
من خلال أجهزة الغسيل الكلوي الملوثة	123	30.8	5
لا أعرف أي سبب	156	39	2
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- يمتلك المبحوثون معلومات متنوعة عن أسباب الالتهاب الكبدي الفيروسي أهمها: عن طريق نقل دم شخص مصاب إلى شخص سليم بنسبة (41.3%)، يليها من خلال الأدوات غير المعقمة التي يستخدمها الطبيب وذلك بنسبة (36.8%)، ويليها استخدام الأدوات الشخصية لشخص مصاب بالمرض (34%). ويلاحظ من خلال هذه النسب انخفاضها بشكل عام مما يؤكد ضعف معرفة أفراد العينة بأسباب هذا المرض حيث لم تصل أي نسبة منها إلى معرفة نصف أفراد العينة على الأقل.
- وكدليل على انخفاض المعرفة العامة في أسباب هذا المرض تحديدًا لدى أفراد العينة نلاحظ أن الأسباب الأكثر معرفة هي من الأسباب العامة التي يمكن أن تسبب أي مرض (نقل الدم ــ الأدوات غير المعقمة...) في حين أن الأسباب الخاصة بهذا المرض تحديدًا جاءت في المراتب اللاحقة كالإصابة بالبلهارسيا الذي لم يتعد نسبة معرفة المبحوثين به (23.8%) فقط.

ب- معلومات عينة الدراسة عن أعراض الالتهاب الكبدي الفيروسي:

يوضح الجدول رقم (40 ــ ب) أعراض الالتهاب الكبدي الفيروسي لدى المبحوثين.

جدول رقم (40 ــ ب)

أعراض الالتهاب الكبدي الفيروسي

أعراض الالتهاب الكبدي الفيروسي	ك	%	الترتيب
نقص الوزن (الهزال)	86	21.5	7
اصفرار العين	135	33.8	3
اصفرار الجلد	159	39.8	2
تغير لون البول	131	32.8	4
القيء الدموي	100	25	6
الاستسقاء (انتفاخ البطن) وتورم القدمين	120	30	5
لا أعرف أي من أعراض المرض	170	42.5	1
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن المعرفة بأعراض الالتهاب الكبدي الفيروسي جاءت أقل من المعرفة بأسباب المرض التي أوضحها الجدول السابق، حيث وجد (42.5%) من أفراد العينة لا يعرفون بأي أعراض محددة للإصابة بهذا المرض، في حين أن من يعرفون أن أعراضه: اصفرار الجلد (39.8%)، اصفرار العين (33.8%)، وتغيير لون البول (32.8%)، انتفاخ البطن (30%)، وجميعها نسب تقل عن نسب

المعرفة بأسباب المرض، وهذا تأكيد إضافي على نقص المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي أسبابًا وأعراضًا.

جـ- معلومات عينة الدراسة عن الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي:

يوضح الجدول رقم (40 ـ ج) الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي لدى المبحوثين.

جدول رقم (40 ـ ج)

الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي

احتياطات (كيفية) الوقاية من الالتهاب الكبدي الفيروسي	ك	%	الترتيب
عدم نقل الدم إلا للضرورة القصوى وبعد إجراء اختبار للدم المنقول	161	40.3	1
عدم استعمال أدوات الحلاقة أو قص الأظافر للغير أو فرش الأسنان	156	39	3
أي تدخل جراحي يجب أن يتم عند الطبيب المختص	143	35.8	5
عدم استعمال السرنجة إلا مرة واحدة فقط والتأكد عند فتحها من سلامة الغلاف الحافظ لها.	143	35.8	5
مراعاة الضوابط الطبية على أجهزة الغسيل الكلوي	151	37.8	4
الامتناع عن العلاقات الجنسية غير المشروعة	71	17.8	6
لا أعرف	157	39.3	2
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- لا تختلف نسبة معرفة المبحوثين بالاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي عن النسب السابقة الخاصة بالمعرفة بأسباب الإصابة وأعراضها. حيث أن (40.3%) من المبحوثين رأوا أن عدم نقل الدم هو من الاحتياطات التي تقي من المرض، مقابل (39.3%) لم يعرفوا بأي من احتياطات الوقاية، وبنسب متقاربة رأى (39%) أن عدم استعمال أدوات الآخرين هو من الاحتياطات التي تقي من المرض.
- ويلاحظ كذلك من هذه الاحتياطات الوقائية أن المبحوثين ركزوا على الاحتياطات الوقائية التي يمكن أن تشمل عدة أمراض في حين لم يتم التركيز على الاحتياطات الخاصة بهذا المرض على وجه التحديد.

ثانيًا: المعرفة بأورام الثدي (الأعراض كيفية الاكتشاف الوقاية):

أ- معلومات عينة الدراسة عن الأعراض المرتبطة بأورام الثدي:

يوضح الجدول رقم (41 ــ أ) الأعراض المرتبطة بأورام الثدي لدى المبحوثين.

جدول رقم (41 ــ أ)

الأعراض المرتبطة بأورام الثدي

أعراض أورام الثدي	ك	%	الترتيب
وجود إفرازات صديدية ودموية من حلمة الثدي	76	19	5
بروز في الثدي	146	36.5	2
منطقة منخفضة في الثدي	60	15	6

الترتيب	%	ك	أعراض أورام الثدي
4	22	88	**تغير في لون حلمة الثدي أو الجلد المحيط بها**
3	25	100	**كبر حجم الثدي**
1	52.8	211	**لا أعرف**
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن أكثر من نصف أفراد العينة لا يعرفون الأعراض المرتبطة بأورام الثدي، حيث أجاب (52.8%) بأنهم لا يعرفون أي من الأعراض التي تنتج عن أمراض الثدي، وإذا كان يمكن أن نعزي عدم معرفة هذه النسبة بأعراض المرض إلى كون ثلثي أفراد العينة من الذكور (66.5%) فإن انخفاض بقية الأعراض دليل أيضًا على أن هناك غياب في المعرفة لدى الإناث أيضًا، إذ تبين أن الأعراض المرتبطة بالمرض بـروز فـي الثـدي (36.5%)، كبر حجم الثدي (25%)، تغير في لون حلمة الثدي (22%). وجميعها نسب منخفضة وتزداد انخفاضًا في المعرفة ببقية الأعراض المرتبطة بهذا المرض.

ب- معلومات عينة الدراسة عن كيفية اكتشاف السيدة لأورام الثدي:

يوضح الجدول رقم (41 ــ ب) كيفية اكتشاف السيدة أورام الثدي لدى المبحوثين.

جدول رقم (41 ــ ب)

كيفية اكتشاف السيدة أورام الثدي

كيفية اكتشاف الورم	ك	%	الترتيب
صدفة أثناء الاستحمام	83	20.8	5
الفحص الذاتي الدوري للسيدة	125	31.3	3
عند حدوث آلام في الثدي	138	34.5	2
نزول إفرازات مصحوبة بالدم من الثدي	86	21.5	4
لا أعرف	207	51.8	1
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن أكثر من نصف المبحوثين أيضًا لا يعرفون بكيفية اكتشاف السيدة لأورام الثدي، حيث أجاب بذلك (51.8%) من أفراد العينة، في حين أن من يكتشف وجود المرض عند حدوث ألم في الثدي نسبة (34.5%) مقابل أن الفحص الذاتي الدوري هو الذي يكشف المرض لدى (31.3%) من أفراد العينة.
- ويلاحظ من هذه النسب أن قلة عدد الإناث في العينة تفرض ضعف في نسب كيفية اكتشاف المرض، في حين أن طبيعة هذا المرض نفسه تفرض أن لا يتم التعرف عليه إلا من خلال الآلام التي تؤدي للكشف الطبي أو الفحص الذاتي نفسه الذي يتم من خلاله اكتشاف المرض عن طريق الطبيب.

جـ- معلومات عينة الدراسة عن الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض سرطان الثدي:

يوضح الجدول رقم (41 ــ ج) الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض سرطان الثدي لدى المبحوثين.

جدول رقم (41 ــ ج)

الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض سرطان الثدي

احتياطات للوقاية من مرض سرطان الثدي	ك	%	الترتيب
الرضاعة الطبيعية	72	18	7
الفحص الذاتي الدوري للسيدة	135	33.8	2
عمل أشعة الماموجرام السنوية	105	26.3	5
عدم استخدام الهرمونات إلا بعد استشارة الطبيب المختص	111	27.8	4
الغذاء الجيد (الخضار والفاكهة)	99	24.8	6
الامتناع عن التدخين والكحوليات	119	29.8	3
لا أعرف	194	48.5	1
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- انعكست عدم معرفة المبحوثين بأعراض مرض أورام الثدي وكيفية اكتشافه إضافة إلى قلة عدد الإناث في العينة على عدم المعرفة الكافية بالاحتياطات الواجب إتباعها بالوقاية منه، حيث تبين أن (48.5%) من أفراد العينة لا يعرفون بأي احتياط وقائي من المرض، بينما يرى (33.8%) أن الفحص الذاتي الدوري هو الاحتياط الأبرز الواجب اتخاذه للتعامل مع مرض أورام الثدي،

وبنسبة متقاربة وجد (29.8%) من المبحوثين أن الامتناع عن التدخين والكحوليات هو الاحتياط الوقائي من هذا المرض مقابل (27.8%) يرون عدم استخدم الهرمونات إلا بعد الاستشارة الطبية هو الحل الوقائي، بينما يرى (26.3%) من أفراد العينة أن عمل الأشعة السنوي هو الاحتياط الواجب إتباعه.

- ويلاحظ من إجابات المبحوثين أن الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض سرطان الثدي جاءت أكثرها احتياطات عامة تفيد الوقاية من أي مرض (كالفحص الذاتي ـــ الامتناع عن التدخين ـــ عدم استخدام الهرمونات...) في حين أن الاحتياطات الخاصة بهذا المرض دون سواه جاءت في مراتب متأخرة (الرضاعة الطبيعية..).

ثالثًا : المعرفة بمرض الفشل الكلوي (الأسباب الأعراض الوقاية):

أ- معلومات عينة الدراسة عن أسباب الفشل الكلوي:

يوضح الجدول رقم (42 ـــ أ) أسباب الفشل الكلوي لدى المبحوثين.

جدول رقم (42 ـــ أ)

أسباب الفشل الكلوي

أسباب الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
السكر	41	10.3	9
ارتفاع ضغط الدم	96	24	7
التهاب الكلى الحاد	180	45	2
وجود حصوات بالكلى	181	45.3	1
تلوث الطعام	112	28	6

أسباب الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
تلوث الماء والهواء والغذاء	112	28	6
استعمال المبيدات الحشرية في المنازل	90	22.5	8
استعمال بعض الأدوية بدون استشارة الطبيب المتخصص	125	31.3	4
انسداد الحوالب	121	30.3	5
لا أعرف	145	36.3	3
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- بالرغم من انخفاض أسباب المعرفة بأمراض الفشل الكلوي إلا أنها تبقى أفضل من المعرفة بأسباب المرضين السابقين (الالتهاب الكبدي الفيروسي – أورام الثدي)، وجـــاءت أعلى معلومات العينة في أسباب هذا المرض وجود حصوات بالكلى بنسبة (45.3%)، والتهاب الكلى الحاد بنسبة (45%)، في حين أن من لا يعرفون بأسباب هذا المرض هم (36.3%).
- ويلاحظ من النسب السابقة، المعرفة بالأسباب الخاصة بالفشل الكلوي بشكل محدد (كالتهاب الكلى- وجود حصوات في الكلى- انسداد الحوالب) جاءت متقدمة على المعرفة بالأسباب التي يمكن أن تشمل أكثر من مرض من ضمنها الفشل الكلوي، (كالتلوث- استعمال المبيدات- ارتفاع ضغط الدم...) وهذا مؤشر على أن الفشل الكلوي نتيجة لشيوعه أكثر في المجتمع المصري من مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي وأورام الثدي يحظى بمعرفة أفضل عن أسبابه وإن لم تكن بالنسب المرتفعة.

ب معلومات عينة الدراسة عن أعراض الفشل الكلوي:

يوضح الجدول رقم (42 ــ ب) أعراض الفشل الكلوي لدى المبحوثين.

جدول رقم (42 ــ ب)

أعراض الفشل الكلوي

أعراض الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
الإرهاق	88	22	6
فقدان الشهية	106	26.5	4
قلة كمية البول	179	44.8	1
تغير لون البول	179	44.8	1
عدم النوم ليلاً والميل للنوم نهارًا	81	20.3	8
فقد التركيز	100	25	5
الضعف العام	145	36.3	3
جفاف الحلق	82	20.5	7
تورم القدمين وانتفاخ البطن	80	20	9
لا أعرف	153	38.3	2
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن أكثر الأعراض الشائعة للفشل الكلوي لدى المبحوثين هو قلة كمية البول وتغير لون البول حيث كانت نسبتها متساوية وهي (44.8%) لكل منهما. في حين أن (38.8%) من أفراد العينة لم يعرفوا أي من الأعراض التي يسببها هذا المرض. ومن ناحية أخرى

رأى (36.3%) من المبحوثين أن الفشل الكلوي يؤدي إلى الضعف العام، بينما لم تحظ بقية الأعراض بنسب مرتفعة تستحق الذكر.

- ويمكن أن نلاحظ من النتائج السابقة أن الأعراض الشائعة للمرض هي الأعراض المتعارف عليها بين الناس وليست الأعراض المكتسبة عن طريق ما تقدمه وسائل الإعلام أو الوسائل الإرشادية الأخرى، وطالما كان هذا المرض من الأمراض التي تصيب الذكور والإناث ولا ترتبط بعمر محدد، فإن المعلومات المكتسبة تبقى ذات ارتباط بالاتصال الشخصي الذي يؤدي إلى ربط هذا المرض بالأعراض التي سبق ذكرها في حين يتم التغاضي عن أعراض عامة مثل: فقدان الشهية (26.5%)، فقدان التركيز (25%)، عدم النوم ليلاً والميل للنوم نهارًا (20.3%).

جـ- معلومات عينة الدراسة عن الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الفشل الكلوي:

يوضح الجدول رقم (42 ــ ج) الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الفشل الكلوي لدى المبحوثين.

جدول رقم (42 ــ ج)

الاحتياطات الواجب إتباعها للوقاية من مرض الفشل الكلوي

احتياطات للوقاية من مرض الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
إجراء الكشف الدوري لمريض السكر	85	21.3	10
العلاج الجيد لأي التهاب في الكلى	184	46	1
العلاج السريع لالتهابات الحلق واللوزتين في الطفولة حتى لا تحدث مضاعفات تؤثر على الكلى والالتهاب الجلدي	111	27.8	6

احتياطات للوقاية من مرض الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
الصديدي			
الابتعاد عن المأكولات الملوثة	130	32.5	5
الحد من استعمال المبيدات الحشرية	106	26.5	7
عدم استعمال الدواء إلا بعد استشارة الطبيب	144	36	3
الاهتمام بعلاج أمراض المسالك البولية	172	43	2
الحد من استخدام مكسبات الطعام والهرمونات المستخدمة في الفواكه والخضر والدواجن	103	25.8	9
سلامية المياه من التلوث	105	26.3	8
لا أعرف	138	34.5	4
ن = 400 مفردة			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- على عكس الارتفاع النسبي الطفيف في المعرفة بأسباب مرض الفشل الكلوي وأعراضه انخفضت النسب العامة بمعرفة الاحتياطات الوقائية الواجب إتباعها للوقاية من هذا المرض، حيث اتضح أن من يعرف بطرق الوقاية تركز في عاملين هما: العلاج الجيد لأي التهاب في الكلى (46%)، والاهتمام بعلاج أمراض المسالك البولية (43%)، في حين انخفضت بقية النسب الخاصة بمعرفة الاحتياطات الوقائية الأخرى للوقاية من المرض المذكور، مع ملاحظة أن (34.5%) لم يستطيعوا تحديد أي طريقة وقائية تفي لتجنب هذا المرض على الرغم من كونه من الأمراض الشائعة في مجتمعنا المحلي، إضافة إلى أنه من الأمراض القديمة التي تم اكتشافها وتشخيصها وتحديد أساليب الوقاية منها عكس مرضى الالتهاب الكبدي الفيروسي الوبائي وأورام

الثدي الأكثر حداثة نسبيًا، ولعل ما يبرر هذه النسبة وجود بعض الشرائح العمرية المنخفضة العمر التي لم تكتشف بعد خبايا هذا المرض، إضافة لتنوع المستوى التعليمي في عينة الدراسة.

- بناء على الجداول السابقة التي تقيس مستوى معرفة الأفراد بأسباب كل مرض وأعراضه، إضافة لطرق الوقاية منه أو كيفية الاكتشاف، قام الباحث بتصميم مقاييس خاصة للحكم على مستوى المعرفة الكلية بكل مرض من هذه الأمراض إضافة إلى مستوى المعرف الكلية بالأمراض بصفة عامة.
- وتوضح الجداول التالية درجة معرفة المبحوثين (بشكل عام) بالأمراض الثلاثة كل على حده وبالأمراض جميعها بشكل مجتمع.

رابعًا : درجة المعرفة بكل مرض على حدة وبالأمراض بصفة عامة:

أ درجة معرفة عينة الدراسة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C):

يوضح جدول(43) مدى معرفة عينة الدراسة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي(C).

جدول رقم (43)

درجة معرفة عينة الدراسة

بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)

المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)	ك	%	الترتيب
ضعيفة	205	51.2	1
متوسطة	118	29.5	2
جيدة	77	19.3	3
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن أكثر من نصف أفراد العينة مستوى معرفتهم بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي ضعيفة، حيث تبين (51.2%) لا يمتلكون معرفة حوله، مقابل (29.5%) مستوى معرفتهم متوسطة، (19.3%) مستوى معرفتهم جيدة.
- وربما تعود هذه النسب إلى انخفاض نسبة المعرفة الجزئية بأسباب المرض وأعراضه وطرق الوقاية منه، كما يمكن ردها إلى تنوع الشرائح العمرية في العينة، إضافة إلى تنوع المهن مما يؤدي إلى نتائج متباينة في مستوى المعرفة كتباين أفراد العينة وتنوع اهتمامهم بالمرض وارتباطهم بمدى الإصابة به من قبلهم أو من قبل أحد الأقارب أو الأصدقاء.
- وبالرغم من أننا يجب أن لا ننسى أن جميع أفراد العينة دون استثناء هم من المتواصلين مع القناة، بمعنى أنهم من الجمهور النشط، فإن أسباب اتصالهم للبحث عن المعلومات المتعلقة بهذا المرض أو بالأمراض الأخرى هو مؤشر على غياب المستوى المتعمق للمعرفة مما يدفع للاتصال والاستفسار.
- وتختلف هذه النتيجة مع دراسة بوران بورهان (2001) إذ جاء مستوى المعرفة المتوسط حول مرض فيروس الالتهاب الكبدي (B) في المرتبة الأولى بنسبة (56.7%) ومستوى المعرفة الضعيف بنسبة (38.9%) في المرتبة الثانية[1].

---

(1) بوران بورهان ، **مرجع سابق**، ص 208.

- وتختلف هذه النتيجة أيضًا مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أشارت الدراسة إلى أن نسبة الشباب ذوي المستوى المنخفض في المعلومات حول فيروس (C) (27.2%) في الريف، و(29.4%) في الحضر، كما بلغت نسبة الشباب ذوي المستوى المتوسط في المعلومات حول هذا الفيروس بلغت (39.2%) في الريف، و (28.2%) في الحضر، في حين بلغت نسبة الشباب ذوي المستوى المرتفع في المعلومات حول هذا الفيروس (33.6%) في الريف و(42.4%) في الحضر[1].

ب درجة معرفة عينة الدراسة بمرض أورام الثدي:

يوضح الجدول التالي مدى معرفة عينة الدراسة بمرض أورام الثدي.

جدول رقم (44)

درجة معرفة عينة الدراسة بمرض أورام الثدي

المعرفة بمرض أورام الثدي	ك	%	الترتيب
ضعيفة	241	60.2	1
متوسطة	106	26.5	2
جيدة	53	13.3	3
الإجمالي	**400**	**100**	–

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن مستوى معرفة أفراد العينة بهذا المرض هي الأقل بين الأمراض الثلاثة جميعها، حيث أن ما يقارب ثلثي العينة (60.2%) مستوى

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص 162.

معرفتهم ضعيفة، مقابل (26.5%) مستوى معرفتهم حول المرض متوسطة، (13.3%) مستوى معرفتهم جيدة.

- ولا يمكن تبرير ارتفاع نسبة عدم المعرفة الجيدة بالمرض دون الأخذ في الاعتبار بخصوصية المرض نفسه المتعلق بالنساء فقط والذين لا تزيد نسبتهم بين أفراد العينة المبحوثة عن (33.5%) فقط، هذا بالإضافة إلى أن كون مرض أورام الثدي من الأمراض التي لا تصيب إلا النساء المتزوجات، وبالتالي اللاتي غالبن ما يزيد أعمارهن عن ثلاثين سنة، وهذا يجعل (57.5%) من المبحوثات خارج نطاق الإصابة كون أعمارهن تقل عن ذلك حسب توزيع العينة في هذه الدراسة وفقًا للسن، كما تم عرضه في الإجراءات المنهجية.

جـ درجة معرفة عينة الدراسة بمرض الفشل الكلوي:

يوضح الجدول التالي مدى معرفة عينة الدراسة بمرض الفشل الكلوي

جدول رقم (45)

درجة معرفة عينة الدراسة بمرض الفشل الكلوي

المعرفة بمرض الفشل الكلوي	ك	%	الترتيب
ضعيفة	229	57.2	1
متوسطة	113	28.3	2
جيدة	58	14.5	3
الإجمالي	**400**	**100**	**ـ**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن نسبة عدم المعرفة لدى أفراد العينة بمرض الفشل الكلوي هي الأبرز أسوة بالمرضين السابقين، حيث وجد أن (57.2%) من

المبحوثين مستوى معرفتهم ضعيفة بهذا المرض، إضافة إلى وجود (28.3%) من ذوى المعرفة المتوسطة، مقابل (14.5%) فقط من أصحاب مستوى المعرفة الجيدة.

- وربما فرض طبيعة الإصابة بمرض الفشل الكلوي لذوى الأعمار المرتفعة أكثر نسبيًا من الأعمار الشابة أن تنخفض نسبة معرفة المبحوثين بهذا المرض كون أن(57.5%) من أفراد العينة تقل أعمارهم عن 30 سنة.
- وعمومًا فإن الانخفاض العام بمستوى المعرفة حول مرض الفشل الكلوي هو نتيجة طبيعية لانخفاض المعرفة بأسباب هذا المرض وأعراضه وطرق الوقاية منه والسابق ذكرها.
- وتختلف هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أظهرت الدراسة تقارب مستوى المعلومات حول الفشل الكلوي بين الشباب في الريف والحضر، حيث بلغت نسبة الشباب ذوي المستوى المنخفض في المعلومات حول الفشل الكلوي (25.6%) في الريف، و (27.2%) في الحضر، وأن نسبة الشباب ذوي المستوى المتوسط في المعلومات بلغت (42.1%) في الريف، و(46.6%) في الحضر، في حين بلغت نسبة الشباب ذوي المستوى المرتفع في المعلومات (32.3%) في الريف و (26.2%) في الحضر[1].

د- درجة معرفة عينة الدراسة بالأمراض بصفة عامة:

يوضح الجدول التالي مدى معرفة عينة الدراسة بالأمراض بصفة عامة.

---

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص163.

جدول رقم (46)

درجة معرفة عينة الدراسة بالأمراض بصفة عامة

المعرفة بالأمراض بصفة عامة	ك	%	الترتيب
ضعيفة	238	59.4	1
متوسطة	111	27.8	2
جيدة	51	12.8	3
الإجمالي	**400**	**100**	**–**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة لدى المبحوثين هو مستوى ضعيف حيث تبين أن (59.4%) منهم من ذوي مستويات المعرفة الضعيفة، مقابل (27.8%) من ذوي المستويات المعرفية المتوسطة، و (12.8%) فقط مستواهم المعرفي جيد.
- وقبل تفسير هذه الأرقام لابد من الإشارة إلى أن عدم المعرفة بالأمراض الثلاثة التي اختبرتها الدراسة هو الناتج الطبيعي لضعف مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، فلو أن الأمراض السابقة اختلفت أو كانت من الأمراض الشائعة أو البسيطة والمتعارف عليها، أو كان أحدها على الأقل كذلك لاختلفت النسب السابقة، لكن طبيعة الأمراض المختارة التي تفرض ارتباط المعرفة بهذه الأمراض بإصابة المبحوثين بها أو على الأقل بإصابة أحد المقربين هي التي تؤدي إلى انخفاض المستوى المعرفي بها.
- وهذا يتوافق مع أن العامل الرئيسي الذي يؤثر في اكتساب الجمهور للمعرفة كما تشير إليه نظرية فجوة المعرفة هو متغير اهتمام

الجمهور وارتباطه بطبيعة المعرفة المكتسبة(1). وبالتالي فإن ارتباط المبحوثين بالأمراض التي اختبرت الدراسة مستوى المعرفة حولها واهتمامهم بها كان عاملاً سلبيًا في مستوى المعرفة حولها.

وأخيرًا فإن تفسير أسباب انخفاض المعرفة لدى عينة الدراسة بالأمراض يجب أن يرتبط إضافة للأسباب السابقة الخاصة بطبيعة المرض ومستوى الاهتمام به بالعاملين التاليين:

أولاً: طبيعة أفراد العينة من المتواصلين مع القناة بهدف الاستفسار عن معلومات يجهلونها حول الأمراض عامة ويهدفون إلى رفع مستوى معرفتهم المنخفض بها.

ثانيًا: تنوع المتغيرات الديموجرافية الخاصة بأفراد العينة وخصوصًا أن ربع هذه العينة تقريبًا (23.5%) من ذوي المستويات التعليمية دون المتوسطة والمنخفضة، إضافة إلى أن (57.5%) منهم من الشباب الذين يقل عمرهم عن ثلاثين سنة مما يجعلهم الأقل عرضة للأمراض في هذه المرحلة العمرية دون إهمال تفوق الذكور على الإناث في توزيع العينة الكلي (66.5%) مقابل (33.5%)، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض الاهتمام بالأمراض النسائية التي تشكل ثلث الأمراض المختبرة، كما أن وجود (10.3%) من أفراد العينة فقط من ذوي المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع وهذا يؤدي حسب نظرية فجوة المعرفة –التي ترى أن المستوى المعرفي يرتفع بارتفاع المستوى الاقتصادي

(1) B. K. Gemova and B. S. Greenberg. **Op. Cit,** pp. 79-91.

الاجتماعي [1]– إلى انخفاض المستوى المعرفي بالأمراض الصحية بصفة عامة بين أفراد العينة.

المحور الرابع: علاقة الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة بمشاهدة التليفزيون والقنوات الفضائية المصرية المتخصصة:

قدمت النتائج السابقة للدراسة الميدانية بعض الجداول البسيطة المتعلقة بمعدلات تعرض عينة الدراسة سواء للتليفزيون والقنوات الفضائية المصرية عمومًا، أو لقناة نفرتيتي لصحة الأسرة على وجه الخصوص، إضافة إلى المستوى المعرفي للمبحوثين بالأمراض الأكثر انتشارًا.

وللتفصيل في تلك الجداول وإيضاح علاقتها بالمتغيرات الديموجرافية والوسيطة المؤثرة على مستويات التعرض أو الاعتماد واكتساب المعرفة من التليفزيون والقنوات الفضائية المصرية وبشكل أكثر تحديدًا من خلال قناة نفرتيتي، يقدم الباحث بعض الجداول المركبة التي تكشف تلك العلاقات أو الفروق بين فئات العينة بمختلف مستوياتها التعليمية والاجتماعية الاقتصادية والعمرية أو الذي يفرضها نوع المبحوث.

وتسهم هذه المعرفة بهذه الفروق والعلاقات بين المتغيرات الديموجرافية والمتغير التابع بتقديم دلالات لا تستطيع الجداول البسيطة الكشف عنها وإيضاح خصوصيتها.

1- علاقة الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة بمشاهدة التليفزيون:

أ- الفرق بين المستوى التعليمي ومعدل تعرض المبحوثين لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة:

---

(1) Denis McQuail & Sven Windahl,, **Op. Cit,** pp. 124-127.

يوضح الجدول رقم (47) الفرق بين المستوى التعليمي ومعدل تعرض عينة الدراسة لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة.

جدول رقم (47)

الفرق بين المستوى التعليمي ومعدل التعرض لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف لمعياري	قيمة (ف)	درجتا لحرية	مستوى المعنوية
يقرأ ويكتب / ابتدائي	4	6.25	2.630	1.473	4 395	0.210
إعدادي وما يعادله	11	7.91	1.921			
تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	7.49	2.401			
تعليم جامعي	267	7.27	2.068			
دراسات عليا(*)	39	6.67	1.978			
الإجمالي	400	7.26	2.136			

- باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه لم يظهر وجود فروق دالة إحصائيًا بين المستوى التعليمي للمبحوثين في معدل تعرضهم لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة، حيث بلغت قيمة (ف) (1.47) وهي قيمة غير دالة عند درجات حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.210).
- وعلى الرغم من أن فئة مستوى الإعدادي وما يعادله كانت الأكثر تعرضًا لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة، إذ بلغ متوسطها الحسابي (7.91) إلا أن هذا التفوق في ظل غياب الفروق عن بقية الفئات هو

(*) تتراوح درجات مقياس التعرض للتليفزيون ما بين (2 إلى 10 درجة).

تفوق بسيط، يتقارب مع ما سواه من مستويات تعرض بقية الفئات، (تعليم فوق المتوسط 7.49%)، (تعليم جامعي 7.27%)، (دراسات عليا 6.67%)، (يقرأ ويكتب / ابتدائي 6.25%).

- وتتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أن معدل التعرض للتليفزيون لا يختلف باختلاف المستوى التعليمي للمبحوثين[1].

ب- الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرض المبحوثين لمشاهدة التليفزيون بصفة عام:

يوضح الجدول رقم (48) الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرض المبحوثين لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة.

جدول رقم (48)

الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرض المبحوثين لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة

الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجتا الحرية	مستوى المعنوية
(اقل من 20)	34	7.91	3.036	1.570	4	0.181
(من 20 ـ لأقل من 30)	196	7.26	2.152		395	
(من 30 ـ لأقل من 40)	108	7.06	2.041			
(من 40 ـ لأقل من 80)	48	7.06	2.138			

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص140.

الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجتا الحرية	مستوى المعنوية
(من 50 ــ فأكثر)(*)	14	8.00	2.660			
الإجمالي	**400**	**7.26**	**2.136**			

- باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه لم يظهر وجود فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة حيث بلغت قيمة (ف) المحسوبة (1.57) وهي قيمة غير دالة عند درجات حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.181).
- وتؤكد هذه النتيجة أنه لا توجد فئة عمرية معينة ترتبط بمعدل تعرض ما لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة، بمعنى أن جميع الفئات العمرية تتعرض بشكل متساو نسبيًا للتليفزيون سواء بمستوى تعرض كثيف، أو متوسط، أو قليل.
- ويتضح من خلال الجدولين السابقين الذين لم يكشفا عن وجود فروق دالة إحصائيًا بين المستوى التعليمي أو الفئة العمرية من جهة وبين مشاهدة التليفزيون بصفة عامة من جهة أخرى، أن طبيعة التليفزيون كوسيلة جماهيرية تفرض نفسها لتكون وسيلة متابعة من قبل الجميع سواء كانوا من أصحاب المستويات التعليمية المرتفعة أو المنخفضة أو كانوا من شرائح عمرية مختلفة.

جـ- الفرق بين الذكور والإناث في التعرض لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة:

(*) تتراوح درجات مقياس التعرض للتليفزيون ما بين (2 إلى 10 درجة).

يوضح الجدول رقم (49) الفرق بين الذكور والإناث في التعرض لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (49)

الفرق بين الذكور والإناث في التعرض لمشاهدة التليفزيون

النوع / معدل التعرض لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
معدل التعرض لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة	6.86	2.062	8.04	2.07	– 5.395	398	0.000

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في مستوى تعرضهم لمشاهدة التليفزيون بصفة عامة حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (5.39) وهي قيمة دالة عند درجة حرية (398) ومستوى معنوية (0.00).
- وتعود هذه الفروق التي يظهرها اختبار (ت) إلى تفوق الإناث اللاتي بلغ متوسط تعرضهن (8.04) عن الذكور الذين بلغ متوسط تعرضهم (6.86) فقط.

- ويمكن أن نعيد تفوق الإناث عن الذكور في مشاهدة التليفزيون في مجتمعاتنا المحلية إلى أن الذكور لا تزال تقع عليهم المسئولية في العمل واكتساب الرزق، إضافة لإتاحة أكثر من فرصة لاكتساب المعلومات خارج المنزل عكس الإناث الأكثر ارتباطًا بالمنزل وبالتالي بالتعرض للتليفزيون.
- ويتأكد التفسير السابق من أن نسبة كبيرة من الإناث في عينة هذه الدراسة تمثل ربات المنازل اللاتي لا يعملن مقابل تفوق الذكور في قطاعات العمل كموظفين أو حرفيين ومهنيين.
- وتختلف هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أظهرت الدراسة بأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في معدلات التعرض للتليفزيون وبين كون المبحوث ذكرًا أم أنثى[(1)].

2- علاقة الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة بمشاهدة القنوات المصرية المتخصصة:

أ- العلاقة بين التعليم ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة:

يوضح الجدول رقم (50) العلاقة بين التعليم ودرجة مشاهدة القنوات المصرية الفضائية لدى عينة الدراسة.

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص138.

جدول رقم (50)

العلاقة بين التعليم ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة

التعليم درجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائمًا	1	25	4	36.4	36	45.6	99	37.1	13	33.3	153	38.3
أحيانًا	1	25	6	54.5	37	46.8	149	55.8	22	56.4	215	53.7
نادرًا	2	50	1	9.1	6	7.6	19	7.1	4	10.3	32	8
المجموع	**4**	**100**	**11**	**100**	**79**	**100**	**267**	**100**	**39**	**100**	**400**	**100**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن فئة التعليم المتوسط أو فوق المتوسط هي الأكثر تعرض للقنوات المصرية المتخصصة بشكل دائم (45.6%)، في حين تقاربت فئات التعليم الجامعي (37.1%) والإعدادي وما يعادله (36.4%) والدراسات العليا (33.3%) في هذا التعرض.
- جاءت فئة الدراسات العليا (56.4%) وفئة الإعدادي وما يعادله (54.5%) الأكثر تعرضًا للقنوات المصرية المتخصصة أحيانًا، في حين تفوقت فئة من يقرأ ويكتب في التعرض النـــادر لهذه القنوات على ما سواها من فئات تعليمية أخرى إذا بلغت نسبتهم (50%).
- ويجب حين قراءة النتائج السابقة عدم تجاهل صغر حجم العينة وخاصة في فئتي من يقرأ ويكتب (أربعة مبحوثون فقط) وإعدادي وما يعادله (إحدى عشر مبحوث)، وهذا ما يجعل من حساب قيمة العلاقة إحصائيًا عبر معامل كا2 مضللاً وغير ذي معنى.

ب- العلاقة بين السن ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة:

يوضح الجدول رقم (51) العلاقة بين السن ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة لدى عينة الدراسة:

جدول رقم (51)

العلاقة بين السن ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة

السن / درجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
دائمًا	١٦	٤٧,١	٧٠	٣٥,٧	٣٧	٣٤,٣	٢٣	٤٧,٩	٧	٥٠	١٥٣	٣٨,٣
أحيانًا	١٥	٤٤,١	١١٢	٥٧,٢	٦١	٥٦,٥	٢١	٤٣,٨	٦	٤٢,٩	٢١٥	٥٣,٧
نادرًا	٣	٨,٨	١٤	٧,١	١٠	٩,٢	٤	٨,٣	١	٧,١	٣٢	٨
المجموع	٣٤	١٠٠	١٩٦	١٠٠	١٠٨	١٠٠	٤٨	١٠٠	١٤	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
قيمة كا٢ = ٥,٩٤٨				*درجة الحرية = ٨*				*مستوى المعنوية = ٠,٦٥٣*				

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود علاقة ارتباطيه بين السن ودرجة مشاهدة القنوات المتخصصة حيث بلغت قيمة كا2 (5.94) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية(8) ومستوى معنوية (0.653) وتؤكد هذه النتيجة أنه لا يوجد عمر محدد للذين يتعرضون للقنوات الفضائية المصرية المتخصصة سواء بشكل دائم أو أحيانًا أو نادرًا، وإذا كانت هذه النتيجة تتفق مع خصوصية التليفزيون كوسيلة جماهيرية يتعرض لها

مختلف الشرائح العمرية دون استثناء، فإنها بالمقابل تختلف مع ما جاءت به كثير من دراسات نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام التي ترى أن فئة الشباب والفئات العمرية الأكبر سنًا هي أكثر اعتمادًا من الفئات العمرية الصغيرة[1].

جـ- العلاقة بين النوع ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة:

يوضح الجدول رقم (52) العلاقة بين النوع ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة لدى عينة الدراسة:

جدول رقم (52)

العلاقة بين النوع ودرجة مشاهدة القنوات المصرية المتخصصة

النوع	ذكر		أنثى		المجموع	
درجة مشاهدة *القنوات المصرية المتخصصة*	ك	%	ك	%	ك	%
دائمًا	76	28.6	77	57.5	153	38.3
أحيانًا	163	61.2	52	38.8	215	53.7
نادرًا	27	10.2	5	3.7	32	8
المجموع	**266**	**100**	**134**	**100**	**400**	**100**

قيمة كا2 = 32.408   درجة الحرية = 2   مستوى المعنوية = 0.000   معامل التوافق = 0.274

يتضح من بيانات الجدول السابق:

(1) ليلى حسين السيد ، دور وسائل الاتصال في إمداد طلاب الجامعات المصرية بالمعلومات عن الأحداث الجارية في إطار نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام ، **مرجع سابق** ، ص 173 – 208.

- وجود علاقة ضعيفة الشدة دالة إحصائيًا بين النوع ودرجة مشاهدة القنوات الفضائية المصرية المتخصصة، حيث بلغت قيمة كا2 (32.408) وهي قيمة دالة عند درجة حرية (2) ومستوى معنوية (0.00)، إلا أن هذه العلاقة ضعيفة الشدة إذ بلغ معامل التوافق الخاص بقياس شدة العلاقة (0.274) فقط.
- وتعود دلالة العلاقة السابقة إلى أن الإناث هن أكثر تعرضًا من الذكور بشكل دائم في حين أن الذكور هم الأكثر تعرضًا أحيانًا أو نادرًا.
- وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة السابقة التي تجد فروقًا لصالح الإناث في مستوى التعرض للتليفزيون بصفة عامة.
- وهذا الاتساق بين النتيجتين مؤشر على أن طبيعة المجتمع المصري تقتضي أن يكون الذكور أقل تعرضًا لهذه الوسيلة لتواجدهم خارج المنزل في فترات أطول.

المحور الخامس: علاقة الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة بمشاهدة قناة نفرتيتي ومستوى الاعتماد عليها:

ا- العلاقة بين النوع والفترة المفضلة ودرجة الاستفادة وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

أ- العلاقة بين النوع والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (53) العلاقة بين النوع والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (53)

العلاقة بين النوع والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي لدى المبحوثين

النوع / الفترة المفضلة لمشاهدي قناة نفرتيتي	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
الفترة الأساسية من 10 صباحًا ــ 4 ظهرًا	8	3	14	10.4	22	5.5
فترة الإعادة الأولى من 4 ظهرًا ــ10 مساءً	25	9.4	14	10.4	39	9.8
فترة البث المباشر (نفرتيتي على الهواء) من 6 مساءً ــ 8 مساءً	39	14.7	16	11.9	55	13.8
فترة الإعادة الثانية من 10مساءً ــ3 صباحًا	52	19.5	34	25.4	86	21.5
حسب الظروف	142	53.4	56	41.9	198	49.4
المجموع	**266**	**100**	**134**	**100**	**400**	**100**

قيمة كا2 = 13.375 درجة الحرية = 4 مستوى المعنوية = 0.010 معامل التوافق = 0.180

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا ضعيفة الشدة بين النوع والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي، حيث بلغت قيمة كا2 (13.375) وهي قيمة دالة عند درجة حرية (4) ومستوى معنويــة (0.10)،

ويشير معامل التوافق إلى ضعف شدة هذه العلاقة إذ بلغ (0.18) فقط.

- ويمكن أن نستنتج من العلاقة السابقة (دون إهمال ضعف شدتها) أن الإناث أكثر تفضيلاً للفترة الأساسية الممتدة من العاشرة صباحًا إلى الرابعة ظهرًا، وفي فترة الإعادة الثانية من العاشرة مساءًا إلى الثالثة صباحًا، بينما يُعد الذكور الأكثر تعرضًا لفترة البث المباشر من السادسة إلى الثامنة مساءًا.
- وتأتي هذه النتيجة كتأكيد للتفسير السابق من ارتباط الذكور بفترة العمل في فترة الظهيرة، ولهذا يتفوقون في الفترة المسائية مقابل تفوق الإناث في فترتي الظهيرة والسهرة.

ب- العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (54) العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة:

جدول رقم (54)

العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

النوع / درجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أستفيد	81	30.5	55	41	136	34
أستفيد إلى حد ما	179	67.2	78	58.3	257	64.2
لا أستفيد	6	2.3	1	0.7	7	1.8
المجموع	**266**	**100**	**134**	**100**	**400**	**100**
قيمة كا2 = 5.246	**درجة الحرية = 2**		**مستوى المعنوية = 0.073**			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أنه لا توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين النوع ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي، حيث بلغت قيمة كا2 (5.246) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية (2) ومستوى معنويـــة (0.073).
- وتؤكد هذه النتيجة تقارب الذكور والإناث في درجة الاستفادة سواء الكلية أو إلى حد ما، إضافة إلى التساوي تمامًا في عدم الاستفادة نهائيًا، وتنطبق هذه النتيجة مع ما تراه نظرية فجوة المعرفة في أن الذكور والإناث يتقارب بنائهم المعرفي الذي ينتج عن التعرض لوسائل الإعلام في المجتمعات المعاصرة.

جـــ- العلاقة بين النوع وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (55) العلاقة بين النوع وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لدى الذين استفادوا من القناة.

جدول رقم (55)

العلاقة بين النوع وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

النوع / أسباب الاستفادة من مشاهدة نفرتيتي	ذكر		أنثى		المجموع		قيمة كا 2 (*)	مستوى المعنوية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%			
معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة	139	53.5	70	52.6	209	53.2	0.024	0.876	
متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية	137	52.7	67	50.4	204	51.9	0.189	0.664	

(*) تبلغ قيمة درجة الحرية في كل من العلاقات الواردة في الجدول ولجميع الأسباب المذكورة (1).

النوع / أسباب الاستفادة من مشاهدة نفرتيتي	ذكر		أنثى		المجموع		قيمة كا ^{2} (*)	مستوى المعنوية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%			
الحديثة									
معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض وعلاجها	120	46.2	53	39.8	174	44	1.419	0.234	
الاستفسار من الأطباء المتخصصين عن الأمراض	78	30	48	36.1	126	32.1	1.498	0.221	
طلب مساعدة قناة نفرتيتي في علاج وتشخيص مرض معين	57	21.9	31	23.3	88	22.4	0.097	0.755	
معرفة عناوين وأسماء المستشفيات والمراكز والمتخصصة	67	25.8	44	33.1	111	28.2	2.322	0.128	
معرفة أسماء الأطباء في مختلف التخصصات الطبية	68	26.2	50	37.6	118	30	5.481	0.019	0.117
القناة الطبية الوحيدة التي تقدم معلومات طبية طوال اليوم	94	36.2	55	41.4	149	37.9	1.011	0.315	
لأنها تساعد على تكوين وعي صحي لدى المواطن	153	58.8	72	54.1	225	57.3	0.798	0.372	
لأنها تبسط لنا المعلومات الصحية	164	63.1	78	58.6	242	61.6	0.730	0.393	
معرفة معلومات طبية عن أمراض لا نعرفها	2	0.8	–	–	2	0.5	–	–	
ن =	**260**	**100**	**133**	**100**	**393**	**100**			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- لا يوجد فروق دالة بين الذكور والإناث في أسباب الاستفادة من قناة نفرتيتي فيما يتعلق بأسباب:

- معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.87).
- متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.66).
- معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.23).
- الاستفسار من الأطباء والمتخصصين (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.22).
- طلب مساعدة القناة في العلاج (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.755).
- معرفة عناوين المستشفيات (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.128).
- القناة الطبية الوحيدة (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.315)
- القناة تساعد على تكوين وعي صحي (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.372).
- تبسيط المعلومات الصحية (قيمة كا^2 غير دالة عند مستوى معنوية 0.393).

- وتأتي غياب العلاقة في جميع هذه الأسباب كنتيجة طبيعية لغياب الفروق بين الذكور والإناث في مستوى الاستفادة بشكل عام إضافة أنها من الأسباب التي لا تخص نوع معين بل يمكن أن تشمل النوعين معًا.

- بالمقابل تبين وجود علاقة دالة بين سبب معرفة أسماء الأطباء في مختلف التخصصات الطبية وبين النوع حيث بلغت قيمة كا2 (5.481) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند درجة حرية (1) ومستوى معنويـــة (0.019) مع مراعاة الضعف الشديد لهذه العلاقة حيث بلغت قيمة معامل التوافق فيها (0.117).
- وتؤكد العلاقة في هذا السبب دون سواه في تفوق الإناث نسبيًا في معرفة أسماء الأطباء من القناة عن الذكور، وهذا دليل على أن السبب من الجوانب الرئيسية التي تركز عليها الإناث أثناء تعرضها للقناة، وربما يعود ذلك إلى أن الإناث هن المسئولات عن النواحي الصحية لأفراد العينة في حالات المرض والاضطرار إلى زيارة عيادة الطبيب مما يدفعهن للتركيز على أسماء الأطباء بشكل يؤهلهن لاتخاذ القرار السليم في التوجه للطبيب المختص.

2- العلاقة بين السن والفترة المفضلة ودرجة الاستفادة وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

أ- العلاقة بين السن والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (56) العلاقة بين السن والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي.

جدول رقم (56)

العلاقة بين السن والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي

السن / الفترة المفضلة لمشاهد قناة نفرتيتي	أقل من 20		من 20 إلى 30		من 30 إلى 40		من 40 إلى 50		من 50 فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الفترة الأساسية من 10 صباحًا – 4 ظهرًا	4	11.8	9	4.6	4	3.7	4	8.3	1	7.1	22	5.5
فترة الإعادة الأولى من 4 ظهرًا – 10 مساءً	3	8.8	22	11.2	9	8.3	5	10.4	-	-	39	9.8
فترة البث المباشر من 6 مساءً – 8 مساءً	3	8.8	26	13.3	18	16.7	3	6.3	5	35.8	55	13.8
فترة الإعادة الثانية من 10 مساءً – 3 صباحًا	9	26.5	40	20.4	27	25	9	18.8	1	7.1	86	21.5
حسب الظروف	15	44.1	99	50.5	50	46.3	27	56.3	7	50	198	49.4
المجموع	**34**	**100**	**196**	**100**	**108**	**100**	**48**	**100**	**14**	**100**	**400**	**100**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- جاءت فترة المشاهدة "حسب الظروف" في الترتيب الأول بين فترات المشاهدة لجميع الفئات العمرية (فئة أقل من 20، من 20–30، من 30–40، من 40–50، 50 فأكثر) بنسب متقاربة وهى (44.1%، 50.5%، 46.3%، 56.3%، 50%) على التوالي.

- وتؤكد النتيجة السابقة أن فترات المشاهدة سواء الصباحية أو فترة الإعادة أو البث المباشر لا تلقى تفضيلاً محددًا لدى أي شريحة من الشرائح العمرية في عينة الدراسة، ويمكن رد ذلك إلى أن القناة تتوجه لعموم الشرائح العمرية التي يمكن أن تتابعها، وفي جميع فتراتها، بمعنى أنها لا تخصص فترة معينة لمخاطبة شريحة ما، وهذا فرض نفسه في غياب العلاقة السابقة.

ب- العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (57) العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي عينة الدراسة.

جدول رقم (57)

العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

السن / درجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أستفيد تمامًا	٩	٢٦,٥	٦٣	٣٢,١	٣٨	٣٥,٢	١٩	٣٩,٦	٧	٥٠	١٣٦	٣٤
أستفيد إلى حد ما	٢٥	٧٣,٥	١٢٩	٦٥,٩	٦٧	٦٢	٢٩	٦٠,٤	٧	٥٠	٢٥٧	٦٤,٢
لا أستفيد	-	-	٤	٢	٣	٢,٨	-	-	-	-	٧	١,٨
المجموع	٣٤	١٠٠	١٩٦	١٠٠	١٠٨	١٠٠	٤٨	١٠٠	١٤	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- تفوق عدد المستفيدين جزئيًا عن المستفيدين كليًا في الفئة العمرية أقل من 20 (73.5%) مستفيد إلى حد ما، مقابل (26.5%) مستفيد تمامًا، وفى الفئة العمرية من 20 إلى 30 (65.9%) مستفيد إلى حد ما، مقابل (32.1%) مستفيد تمامًا، وفى الفئة العمرية من 40 إلى 50 (60.4%) مستفيد إلى حد ما، مقابل (39.6%) مستفيد تمامًا.
- في حين تساوت فئة الاستفادة الكلية والاستفادة الجزئية في الفئة العمرية من 50 فأكثر.
- كما أن أوجه الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لا ترتبط بأي علاقة إحصائية دالة مع الفئات العمرية للجمهور(*).

جـ- العلاقة بين السن وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (58) العلاقة بين السن وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لدى الذين استفادوا من القناة.

(*) لم يقدم الباحث لقيم كا2 في العلاقات التي يوجد فيها خانات صفرية أو عدد تكرارات يقل عن خمسة في أكثر من 20% من خانات العلاقات الواحدة.

جدول رقم (58)

العلاقة بين السن وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

السن / أسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع		قيمة كا٢ (*)	مستوى المعنوية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة	٢٣	٦٧,٦	١٠١	٥٢,٦	٦٤	٦١	١٦	٣٣,٣	٥	٣٥,٧	٢٠٩	٥٣,٢	١٤,٧٤٠	٠,٠٠٥	٠,١٩٠
متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة	١٨	٥٢,٩	١١١	٥٧,٨	٥١	٤٨,٦	٢٠	٤١,٧	٤	٢٨,٦	٢٠٤	٥١,٩	٨,٢٣٥	٠,٠٨٣	
معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض وعلاجها	١٣	٣٨,٢	٨٧	٤٥,٣	٥٢	٤٩,٥	١٧	٣٥,٤	٤	٢٨,٦	١٧٤	٤٤,٣	٤,٦٨٠	٠,٣٢٢	
الاستفسار من الأطباء المتخصصين عن الأمراض	٨	٢٣,٥	٦٧	٣٤,٩	٣٨	٣٦,٢	٩	١٨,٨	٤	٢٨,٦	١٢٦	٣٢,١	٦,٦٤٩	٠,١٥٦	
طلب مساعدة قناة نفرتيتي في علاج وتشخيص مرض معين	٩	٢٦,٥	٤١	٢١,٤	٢٢	٢١	١٤	٢٩,٢	٢	١٤,٣	٨٨	٢٢,٤	٢,٣٦٧	٠,٦٦٩	
معرفة عناوين وأسماء المستشفيات والمراكز المتخصصة	٨	٢٣,٥	٤٥	٢٣,٤	٣٦	٣٤,٣	١٧	٣٥,٤	٥	٣٥,٧	١١١	٢٨,٢	٦,٠٥٧	٠,١٩٥	

(*) تبلغ قيمة درجة الحرية فى كل من العلاقات الواردة فى الجدول ولجميع الأسباب المذكورة (٤).

تابع جدول رقم (58)

العلاقة بين السن وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

السن / أسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع		قيمة كا٢ (*)	مستوى المعنوية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
معرفة أسماء الأطباء في مختلف التخصصات الطبية	٩	٢٦,٥	٤٧	٢٤,٥	٣٢	٣٠,٥	٢٤	٥٠	٦	٤٢,٩	١١٨	٣٠	١٣,٢٣٨	٠,٠١٠	٠,١٨١
القناة الطبية الوحيدة التي تقدم معلومات طبية طوال اليوم	١٠	٢٩,٤	٧١	٣٧	٤٣	٤١	٢١	٤٣,٨	٤	٢٨,٦	١٤٩	٣٧,٩	٠,٧٤١	٠,٦٠٢	
لأنها تساعد على تكوين وعي صحي لدى المواطن	١٩	٥٥,٩	١٠٣	٥٣,٦	٦٥	٦١,٩	٣١	٦٤,٦	٧	٥٠	٢٢٥	٥٧,٣	٣,٣٣٠	٠,٥٠٤	
لأنها تبسط لنا المعلومات الصحية	٢١	٦١,٨	١١٥	٥٩,٩	٦٨	٦٤,٨	٣١	٦٤,٦	٧	٥٠	٢٤٢	٦١,٦	١,٦٥٦	٠,٧٩٩	
معرفة معلومات طبية عن أمراض لا نعرفها	-	-	-	-	٢	١,٩	-	-	-	-	٢	٠,٥	-	—	
ن =	٣٤	-	١٩٢		١٠٥		٤٨		١٤		٣٩٣				

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- جاءت معظم أسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي غير مرتبطة بأي علاقة إحصائية دالة مع الفئات العمرية المختلفة سواء متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة، معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض، الاستفسار من الأطباء المتخصصين في معرفة العلاج، طلب المساعدة في العلاج، معرفة أسماء المستشفيات والمراكز، لأنها تساعد في تكوين الوعي الصحي، أو تبسط المعلومات الصحية وتقدم معرفة طبية عن الأمراض الغير معروفة، حيث دلت كا2 في كل الأسباب السابقة في علاقتها مع الفئات العمرية على قيم غير دالة عند درجة حرية (4) ومستوى معنوية

يزيد عن (0.05) في كل العلاقات السابقة كما هي موضحة في الجدول.

- تبين أن هناك علاقة ارتباطيه بين كل من سبب (معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة) و(معرفة أسماء الأطباء في مختلف التخصصات) وبين الفئات العمرية المختلفة، حيث دلت قيمتا كا2 في هاتين العلاقتين (14.74، 13.238) على التوالي، وهما قيمتان دالتان عند درجة حرية (4) ومستوى معنوية (0.005، 0.01) على التوالي مع مراعاة ضعف هاتين العلاقتين بشكل واضح حيث يشير معاملا التوافق إلى (0.19) للعلاقة الأولى، و(0.181) للعلاقة الثانية. ويتبين من هاتين العلاقتين أن سبب معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة كان الأبرز بين الفئة العمرية (30 ــ 40) أو (أقل من 20)، في حين أن سبب معرفة أسماء الأطباء ارتبط بالمرحلة العمرية (من 40 ــ 50)، ويمكن رد ذلك إلى اضطلاع هذه الفئات بواجبات متابعة حملات وزارة الصحة، أو اتخاذ القرار بالتوجه إلى طبيب محدد في حالة مرض أحد أفراد الأسرة مما يجعلهم يركزون على استفادتهم على هذين السببين.
- من مراجعة طبيعة الأسباب السابقة المتعلقة بدرجة الاستفادة من قناة نفرتيتي نجد أن معظم الأسباب التي لم ترتبط بفئة عمرية معينة كانت أسباب معرفية أو تتعلق بزيادة الوعي الصحي واكتساب المعلومات المعرفية الطبية، في حين أن الأسباب التي ارتبطت بفئة عمرية محددة كانت أسباب سلوكية، بمعنى تسهم الاستفادة بها في متابعة حملات وزار الصحة أو اتخاذ القرار بزيارة طبيب محدد، وهذا يتفق

مع ما ذهبت إليه نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام التي أرجعت الآثار المترتبة من اعتماد الجمهور على وسائل الإعلام إلى تأثيرات معرفية ترتبط بعموم الفئات العمرية لدى الجمهور وتأثيرات سلوكية ترتبط بمن هو قادر على القيام بعمل أو سلوك محدد نتيجة التعرض للوسيلة الإعلامية[1].

3- العلاقة بين التعليم والفترة المفضلة ودرجة الاستفادة وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

أ- العلاقة بين التعليم والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (59) العلاقة بين المستوى التعليمي والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي.

(1) DeFleur, Melvin, Ball-Rokeach, Sandra. Theories of Mass Communication, **Op. Cit,** p. 242.

جدول رقم (59)

العلاقة بين التعليم والفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي

التعليم / الفترة المفضلة لمشاهدة قناة نفرتيتي	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الفترة الأساسية من ١٠ صباحًا – ٤ ظهرًا	١	٢٥	٤	٣٦,٣	٣	٣,٨	١٣	٤,٩	١	٢,٦	٢٢	٥,٥
فترة الإعادة الأولى من ٤ ظهرًا – ١٠ مساءً	–	–	٢	١٨,٢	٩	١١,٤	٢٥	٩,٤	٣	٧,٧	٣٩	٩,٨
فترة البث المباشر من ٦ مساءً – ٨ صباحًا	١	٢٥	١	٩,١	١٢	١٥,٢	٣٥	١٣,١	٦	١٥,٤	٥٥	١٣,٧
فترة الإعادة الثانية من ١٠ مساءً – ٣ صباحًا	–	–	٢	١٨,٢	١٩	٢٤,١	٥٦	٢١	٩	٢٣,١	٨٦	٢١,٥
حسب الظروف	٢	٥٠	٢	١٨,٢	٣٦	٤٥,٥	١٣٨	٥١,٦	٢٠	٥١,٢	١٩٨	٤٩,٥
الإجمالي	٤	١٠٠	١١	١٠٠	٧٩	١٠٠	٢٦٧	١٠٠	٣٩	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن جميع فترات المشاهدة بقناة نفرتيتي تحظى بمعدلات مشاهدة متقاربة بين المستويات التعليمية المختلفة وبالتالي لم تظهر تفضيل فئة تعليمية لفترة مشاهدة دون سواها.
- وتتفق هذه النتيجة مع النتيجة السابقة التي أشارت إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين فترات المشاهدة لقناة نفرتيتي والفئات العمرية المختلفة، مما يؤكد على أن قناة نفرتيتي تقدم في جميع فتراتها برامج

يمكن متابعتها من قبل جميع المستويات التعليمية ولا تنحصر في تقديم فترة محددة لمستوى تعليمي دون سواه مع مراعاة انخفاض عدد أفراد العينة في بعض المستويات التعليمية بشكل لا يسمح بإجراء العلاقة الإحصائية اللازمة لاختبار هذه النتيجة، كما هي واردة في الجدول السابق مثل (فئة يقرأ ويكتب ــ فئة الإعدادي وما يعادلها).

ب- العلاقة بين التعليم ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (60) العلاقة بين المستوى التعليمي ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي.

جدول رقم (60)

العلاقة بين التعليم ودرجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

التعليم / درجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أستفيد	–	–	٥	٤٥,٥	٢٤	٣٠,٤	٨٥	٣١,٨	٢٢	٥٦,٤	١٣٦	٣٤
أستفيد إلى حد ما	٤	١٠٠	٦	٥٤,٥	٥٥	٦٩,٦	١٧٥	٦٥,٥	١٧	٤٣,٦	٢٥٧	٦٤,٢
لا أستفيد	–	–	–	–	–	–	٧	٢,٧	–	–	٧	١,٨
الإجمالي	٤	١٠٠	١١	١٠٠	٧٩	١٠٠	٢٦٧	١٠٠	٣٩	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أنه في ظل انخفاض عدد غير المستفيدين من أفراد العينة (7 أفراد فقط) فإنه من المتعذر إجراء العلاقة الإحصائية التي تجزم بشكل نهائي قياس مدى العلاقة بين درجة الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي والمستويات التعليمية، لكن هذا لا يمنع من ملاحظة ما يلي:
- أن جميع غير المستفيدين -على قلتهم- هم من المستوى التعليمي الجامعي وربما يعود ذلك إلى أن هؤلاء الجامعيون لا يحققون الإفادة المعرفية المتخصصة نظرًا لحاجتهم إلى معرفة تتناسب وشريحتهم التعليمية في حين أن القناة تركز على عموم المستويات التعليمية دون تحديد فترة محددة لشريحة ما، لكن هذه النسبة القليلة (2.7%) لا تمنع (65.5%) من الطلبة الجامعيين يستفيدون إلى حد ما، مقابل (31.8%) يستفيدون تمامًا، وهذا ما يجعل خصوصية الأفراد غير المستفيدين هي التي تفرض نفسها على عدم الاستفادة.
- يلاحظ أن كثرة المستفيدين تمامًا من أفراد العينة هما من فئتي الدراسات العليا (56.4%)، والإعدادي وما يعادله (45.5%)، على الرغم من تباين هاتين الفئتين إلا أن ما توفره القناة لأفراد العينة الذين يعتبرون من الجمهور النشيط المتصل بالقناة تسمح بتحقيق هذه الاستفادة سواء من خلال المعرفة العامة لفئة المستوى الإعدادي أو المعرفة المتخصصة المتمثلة بمعرفة اسم طبيب أو الجديد في البحوث العلمية لفئة مستوى الدراسات العليا.
- جاء جميع من يقرءون ويكتبون فقط من المستفيدين جزئيًا من القناة، وربما يرجع ذلك إلى عدم امتلاك هذه الفئة للمعرفة اللازمة تجعل

من استفادتهم من البرامج الطبية ناقصة، مع مراعاة أن عدد هؤلاء في العينة قليل جدًا مقارنة ببقية المستويات (أربعة مبحوثون فقط).

- تتفق النتائج السابقة في تنوع درجة الإفادة على جميع الفئات التعليمية دون ارتباط إحصائي واضح مع ما جاءت به نظرية فجوة المعرفة التي ترى أن التليفزيون أسهم في تضييق الفجوة المعرفية بين جميع شرائح الجمهور في مختلف فئاته ومستويات التعليمية.

جـ- العلاقة بين المستوى التعليمي وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي:

يوضح الجدول رقم (61) العلاقة بين التعليم وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي.

جدول رقم (61)

العلاقة بين التعليم وأسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي

السن / أسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي	يقرأ ويكتب		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع		قيمة كا٢	مستوى المعنوية	معامل التوافق
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%			
معرفة مواعيد حملات وزارة الصحة	-	-	٦	٥٤,٥	٥٠	٦٣,٣	١٤٤	٥٥,٤	٩	٢٣,١	٢٠٩	٥٣,٢	-	-	
متابعة الجديد في المؤتمرات الطبية والأبحاث العلمية الحديثة	١	٢٥	٢	١٨,٢	٤٠	٥٠,٦	١٣٨	٥٣,١	٢٣	٥٩	٢٠٤	٥١,٩	-	-	
معرفة أحدث طرق تشخيص الأمراض وعلاجها	-	-	٥	٤٥,٥	٣٧	٤٦,٨	١١٤	٤٣,٨	١٧	٤٣,٦	١٧٣	٤٤	-	-	
الاستفسار من الأطباء المتخصصين عن الأمراض	٢	٥٠	٤	٣٦,٤	٣٠	٣٨	٧٧	٢٩,٦	١٣	٣٣,٣	١٢٢	٣١,١	-	-	
طلب مساعدة قناة نفرتيتي في علاج وتشخيص مرض معين	١	٢٥	٦	٥٤,٥	٢٢	٢٧,٨	٤٩	١٨,٨	١٠	٢٥,٦	٨٨	٢٢,٤	١٠,٠٣١	٠,٠٤٠	٠,١٥٨
معرفة عناوين وأسماء المستشفيات والمراكز المتخصصة	١	٢٥	٣	٢٧,٣	٣٠	٣٨	١٥	٥,٨	١٢	٣٠,٨	١١١	٢٨,٢	-	-	
معرفة أسماء الأطباء في مختلف التخصصات الطبية	١	٢٥	٣	٢٧,٣	٢٤	٣٠,٤	٧٣	٢٨,١	١٧	٤٣,٦	١١٨	٣٠	-	-	
القناة العلمية الوحيدة التي تقدم معلومات طبية طوال اليوم	-	-	٢	١٨,٢	٣٠	٣٨	١٠٦	٤٠,٨	١١	٢٨,٢	١٤٩	٣٧,٩	-	-	
لأنها تساعد على تكوين وعي صحي لدى المواطن	-	-	٦	٥٤,٥	٤٥	٥٧	١٥٤	٥٩,٢	٢٠	٥١,٣	٢٢٥	٥٧,٣	-	-	
لأنها تبسط لنا المعلومات الصحية	١	٢٥	٥	٤٥,٥	٥٢	٦٥,٨	١٦٦	٦٣,٨	١٨	٤٦,٢	٢٤٢	٦١,٦	٨,٥٥٩	٠,٠٧٣	
معرفة معلومات طبية عن أمراض لا نعرفها	-	-	-	-	٢	٢,٥	-	-	-	-	٢	٠,٥	-	-	
ن =	٤		١١		٧٩		٢٦٠		٣٩		٣٩٣				

(*) تبلغ قيمة درجة الحرية في كل من العلاقات الواردة في الجدول ولجميع الأسباب المذكورة (٤).

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن معظم أسباب الاستفادة من مشاهدة قناة نفرتيتي لا ترتبط بأي علاقة إحصائية دالة مع مستويات التعليم(*). باستثناء وجود علاقة ارتباطيه بين سبب طلب مساعدة القناة في العلاج أو التشخيص وبين مستوى التعليم حيث قيمة كا2 في هذه العلاقة(10.031) وهي قيمة دالة عند درجة حرية (4) ومستوى معنوية (0.04)، وشدة هذه العلاقة ضعيفة تمامًا كما يحددها معامل التوافق الذي يشير إلى (0.158).
- وتؤكد النتيجة السابقة أن بعض الفئات التعليمية كفئة المستوى الإعدادي أو التعليم الجامعي هم الأكثر ارتباطًا بسبب الإفادة المشار إليها.
- ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المستوى التعليمي المتوسط هو الذي يسعى إلى طلب المساعدة في تشخيص مرض معين، في حين أن المستوى التعليمي المرتفع قد يجد في زيارة الطبيب المختص ومعاينته المباشرة الحل الأمثل لمساعدته في تشخيص المرض.
- في ظل ضعف هذه العلاقة كما هو موضح لابد أن يؤثر ارتفاع عدد الجامعيين في العينة وجميعهم من المتصلين بالقناة على ارتباطهم أكثر بهذا السبب، إضافة إلى أن طبيعة السبب نفسه الذي يتضمن إفادة شخصية وليست معرفية الأكثر ارتباطًا مع الطلاب الجامعيين.

(*) لم يقدم الباحث لقيم كا2 في العلاقات التي يوجد فيها خانات صفرية أو عدد تكرارات يقل عن خمسة في أكثر من (20%) من خانات العلاقة الواحدة.

4- العلاقة بين متغيرات (النوع – السن – التعليم) والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

أ- العلاقة بين النوع والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (62) العلاقة بين النوع والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (62)

العلاقة بين النوع والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

النوع / اتصال الجمهور ببرنامج نفرتيتي على الهواء	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	98	36.8	56	41.8	154	38.5
لا	168	63.2	78	58.2	246	61.5
المجموع	**266**	**100**	**134**	**100**	**400**	**100**
قيمة كا2 = 0.922 درجة الحرية = 1 مستوى المعنوية = 0.337						

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أنه لا توجد علاقة ارتباطيه بين النوع ومدى الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء، حيث بلغت قيمة كا2 (0.922) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية (1) ومستوى معنوية (0.337).
- وتؤكد هذه النتيجة أن الذكور والإناث يتقاربون في الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء من عدمه بالرغم من التفوق الطفيف للإناث في الاتصال (41.8%) للإناث مقابل (36.8%) للذكور، إلا أن هذه الفروق الضئيلة لا تسمح بظهور العلاقة بين النوع ومدى الاتصال بشكل إحصائي دال.

- ويمكن تفسير هذه العلاقة بأن الأسباب التي تدفع المبحوث للاتصال ببرامج نفرتيتي على الهواء لا تخص نوع دون الآخر، حيث يمكن للذكور والإناث معًا الاستفسار وطلب المساعدة أو اكتساب المعرفة وتكوين الوعي الصحي.
- وعند قراءة النتيجة السابقة يجب مراعاة أن جميع أفراد العينة سواء المتصلين أو غير المتصلين ببرنامج نفرتيتي على الهواء هم من المتفاعلين مع القناة والمتصلين بها بطرق متعددة (كالبريد الإلكتروني ــ الفاكس ــ البريد...) أحدها الاتصال بالقناة على الهواء.

ب العلاقة بين السن والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (63) العلاقة بين السن والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (63)

العلاقة بين السن والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

السن / الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٩	٢٦,٥	٦٥	٣٣,٢	٤٦	٤٢,٦	٢٥	٥٢,١	٩	٦٤,٣	١٥٤	٣٨,٥
لا	٢٥	٧٣,٥	١٣١	٦٦,٨	٦٢	٥٧,٤	٢٣	٤٧,٩	٥	٣٥,٧	٢٤٦	٦١,٥
المجموع	٣٤	١٠٠	١٩٦	١٠٠	١٠٨	١٠٠	٤٨	١٠٠	٤٨	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

قيمة كا٢ = ١٢,٨٧١ درجة الحرية = ٤ مستوى المعنوية = ٠,٠١٢ معامل التوافق = ٠,١٧٧

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين السن والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء، حيث بلغت قيمة كا2 (12.871) وهى قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى معنوية (0.012) وعند درجة حرية (4)، إلا أن هذه العلاقة ضعيفة حيث بلغ معامل التوافق (0.177) وهذا يعني أن:
- الأكبر سناً هم الأكثر اتصالاً بالبرنامج حيث بلغت نسبة من يتصل من سن 50 عامًا فأكثر (64.3%)، ومن سن 40 إلى 50 (52.1%)، في حين من يتصل من سن 30 إلى 40 (42.6%).

جـ- العلاقة بين التعليم والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (64) العلاقة بين المستوى التعليمي والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (64)

العلاقة بين التعليم والاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

التعليم / اتصال الجمهور ببرنامج نفرتيتي على الهواء	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٢	٥٠	١	٩,١	٢٩	٣٦,٧	٩٩	٣٧,١	٢٣	٥٩	١٥٤	٣٨,٥
لا	٢	٥٠	١٠	٩٠,٩	٥٠	٦٣,٣	١٦٨	٦٢,٩	١٦	٤١	٢٤٦	٦١,٥
الإجمالي	٤	١٠٠	١١	١٠٠	٧٩	١٠٠	٢٦٧	١٠٠	٣٩	١٠٠	٤٠٠	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن هناك اختلاف في المستويات التعليمية بين المتصلين ببرامج نفرتيتي على الهواء وغير المتصلين، حيث تتساوى هذه النسب في مستوى "يقرأ ويكتب" (50%) لكل منهما، في حين أن ثمة اختلاف كبير في بقية المستويات التعليمية بين المتصلين وغير المتصلين، إذ بلغ المتصلين في المستوى الإعدادي (9.1%) فقط مقابل (90.9%) لغير المتصلين، والمتصلين في مستوى التعليم المتوسط (36.7%) مقابل (63.3%) لغير المتصلين، و(37.1%) للمتصلين في المستوى التعليمي الجامعي مقابل(62.9%) لغير المتصلين. أما في مستوى الدراسات العليا فقد بلغ المتصلين (59%) مقابل (41%) لغير المتصلين.
- تشير النتائج السابقة إلى أن عدد غير المتصلين على الهواء يتفوق على عدد المتصلين في مستويات الإعدادي وما يعادله والتعليم المتوسط والتعليم الجامعي، في حين أن المتصلين يتفوقون في مستوى الدراسات العليا، مقابل التساوي بينهما في مستوى يقرأ ويكتب.
- ويمكن أن ترد تلك النتائج إلى وجود وسائل أخرى توفر للمستويات التعليمية المختلفة إمكانية الاتصال بالقناة (كالبريد الإلكتروني ــ الفاكس ــ البريد العادي...)، إضافة إلى قلة الوقت المخصص لفترة الاتصال على الهواء، ولعل مستوى الدراسات العليا وما يمتلكونه من معلومات قد تكون متخصصة يؤهلهم لإثراء الاتصال مع القناة، مما يجعل القناة تتيح لهم فرصة الاتصال على الهواء مقارنة ببعض

المستويات وهذا سبب تفوق عدد المتصلين في هذه الفئة وحدها على عدد غير المتصلين.

5- العلاقة بين متغيرات (النوع ــ السن ــ التعليم) ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

أ- العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (65) العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى الذين قاموا بالاتصال بالبرنامج.

جدول رقم (65)

العلاقة بين النوع ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

النوع / درجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أستفيد تمامًا	51	52.1	27	48.2	78	50.5
أستفيد إلى حد ما	45	45.9	28	50	73	47.4
لا أستفيد	2	2	1	1.8	2	1.3
الإجمالي	**98**	**100**	**56**	**100**	**154**	**100**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن الإناث هــن الأكثر استفــادة نسبيًا من الذكور بشكل جزئي (50%) للإناث مقابل (45.9%) للذكور، في حين أن الذكور أكثر استفادة كليًا بفارق ضئيل جدًا عن الإناث (52%) للذكور مقابل

(48.2%) للإناث مع تقارب عدد غير المستفيدين في كلا النوعين تقريبًا (2%) للذكور مقابل (1.8%) للإناث.

- أن النتائج السابقة وبالفروق البسيطة بين كلا النوعين تؤكد عدم وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في درجة الاستفادة من الاتصال ببرامج نفرتيتي على الهواء مما يجعل العلاقة غير واردة بين النوع ودرجة الاستفادة.
- وإذا كان التليفزيون يقلل الفجوة المعرفية بين فئات الجمهور فإن هذه الفجوة لا تظهر بشكل دال بين الذكور والإناث في مستوى استفادتهم من برامج نوعية متخصصة كالبرامج الصحية. ولعل طبيعة توجه القناة وأهدافها في المجتمع المصري تجعل من توجهها نحو إفادة كل أفراد الأسرة سببًا لغياب الفروق بين الذكور والإناث في اكتساب المعرفة الصحية والاستفادة المتحققة من المشاهدة.

ب- العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (66) العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى الذين قاموا بالاتصال بالبرنامج.

جدول رقم (66)

العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة

من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

السن / درجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
استفيد تمامًا	٣	٣٣,٣	٢٨	٤٣,١	٢٦	٥٦,٥	١٧	٦٨	٤	٤٤,٤	٧٨	٥٠,٧
استفيد إلى حد ما	٥	٥٥,٦	٣٦	٥٥,٤	١٩	٤١,٣	٨	٣٢	٥	٥٥,٦	٧٣	٤٧,٤
لم استفد	١	١١,١	١	١,٥	١	٢,٢	–	–	–	–	٣	١,٩
الإجمالي	٩	١٠٠	٦٥	١٠٠	٤٦	١٠٠	٣٥	١٠٠	٩	١٠٠	١٥٤	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- في ظل قلة عدد غير المستفيدين من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء (ثلاثة مبحوثون فقط)، فإن قياس العلاقة بين السن ودرجة الاستفادة تبدو غير واردة إحصائيًا، لكن يمكن ملاحظة تفوق عدد المستفيدين جزئيًا عن المستفيدين كليًا في الفئة العمرية أقل من 20 (33.3%) مستفيد تمامًا، مقابل (55.6%) مستفيد إلى حد ما، وفي الفئة العمرية من 20–30 (43.1%) مستفيد تمامًا مقابل (55.4%) مستفيد إلى حد ما، وفي الفئة العمرية من 50 فأكثر(44.4%) مستفيد تمامًا، مقابل (55.6%) مستفيد إلى حد ما.
- وعلى النقيض تفوق المستفيدين تمامًا على المستفيدين إلى حد ما في الفئات العمرية من (30 –40، 40–50)، وبالنظر إلى عموم هذه

الفروق وتوزعها بين مختلف المستويات العمرية فإننا لا نستطيع قراءة نتائجها بعيدًا عما جاءت به نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام التي ترى أن الجمهور في الفئة العمرية الدنيا (أقل من 20 سنة)، وفي الفئة العمرية العليا (أكبر من 50 سنة) هم أقل استفادة جزئيًا من الجمهور في المستويات العمرية المتوسطة (30 –40، 40–50) الذي يتسم بإفادة ومعرفة مرتفعة وما يتطابق مع نتائج الدراسة الحالية كما يوضحها الجدول السابق.

جـــ- العلاقة بين المستوى التعليمي ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء:

يوضح الجدول رقم (67) العلاقة بين التعليم ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء لدى الذين قاموا بالاتصال في البرنامج.

جدول رقم (67)

العلاقة بين التعليم ودرجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء

التعليم / درجة الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
استفدت تماماً	-	-	١	١٠٠	١٣	٤٤,٨	٤٨	٤٨,٥	١٦	٦٩,٦	٧٨	٥٠,٦
استفيد إلى حد ما	٢	١٠٠	-	-	١٦	٥٥,٢	٤٨	٤٨,٥	٧	٣٠,٤	٧٣	٤٧,٥
لم استفد	-	-	-	-	-	-	٣	٣	-	-	٣	١,٩
الإجمالي	٢	١٠٠	١	١٠٠	٢٩	١٠٠	٩٩	١٠٠	٢٣	١٠٠	١٥٤	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن أكثر المستفيدين من الاتصال ببرامج نفرتيتي هم طلبة الدراسات العليا (69.6%)، ولعل هذه الإفادة تأتي من كون معرفة هذه الفئة بما تريده من اتصالها بشكل دقيق وقدرتها من خلال بنائها المعرفي على تحديد أهداف الاتصال وبالتالي الإفادة القصوى منه. ولعل هذه النتيجة تتفق مع نتيجة سابقة مفادها أن هذه الفئة هي الأكثر اتصالاً ببرامج قناة نفرتيتي على الهواء.
- من جهة أخرى يتقارب مدى الاستفادة التامة من القناة أو الاستفادة الجزئية بين فئات التعليم الجامعي (48.5%) يستفيد، مقابل (48.5%) يستفيد إلى حد ما، وبين التعليم المتوسط نسبياً (44.8%) يستفيد، مقابل (55.2%) لا يستفيد.
- إن دلالة النتائج الخاصة بفئة الإعدادي وما يعادله، أو فئة الذين يقرءون ويكتبون فقط غير كافية للحكم على درجة الاستفادة من قناة نفرتيتي نظرًا لقلة عدد الأفراد الذين يتصلون بالقناة، وبالتالي فإن نسبة فئة الإعدادي المستفيدين ومقدارها (100%) مردها إلى (مبحوث واحد) وكذلك الحال لفئة من يقرأ ويكتب غير المستفيدين والتي ترد بدورها إلى (مبحوثين فقط)، وعدد المبحوثين لا يقدم الدلالة الكافية على مدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي أو عدم الاستفادة، وهذه الأرقام كذلك لا تسمح بقياس العلاقة إحصائيًا.

6- العلاقة بين متغيرات (النوع- السن- التعليم) ومدى الاستفادة من برنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب:

أ- العلاقة بين النوع ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب:

يوضح الجدول رقم (68) العلاقة بين النوع ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب لدى الذين استفادوا من الاتصال بالبرنامج.

الجدول رقم (68)

العلاقة بين النوع ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب

النوع / مدى الاستفادة والاستغناء عن زيارة الطبيب	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	12	12.5	4	7.3	16	10.6
إلى حد ما	61	63.5	29	52.7	90	59.6
لا	23	24	22	40	45	29.8
المجموع	**96**	**100**	**55**	**100**	**151**	**100**
قيمة كا2 = 4.607 درجة الحرية = 2 مستوى المعنوية = 0.100						

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود علاقة إحصائية دالة بين النوع ومدى الاستفادة من الاتصال ببرامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب، حيث بلغت قيمة كا^2 (4.6) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية (2) ومستوى معنوية (0.1).
- وتؤكد هذه النتيجة التقارب النسبي بين الذكور والإناث في درجات الاستفادة بالرغم من التقدم النسبي للذكور في مدى الاستفادة التامة

(12.5%) للذكور، مقابل (7.3%) للإناث، وكذلك فـــي الاســـتفادة الجزئية (63.5%) للذكور، مقابل (52.7%) للإناث، وارتفاع نسبة الإناث غير المستفيدات عن الذكور (40%) مقابل (24%) للذكور، لكن عدم وجود فارق كبير في هذه النسب بين الذكور والإنـــاث أدى إلى غياب العلاقة إحصائيًا.

- ويمكن أن يرد الباحث هذه النتائج إلى أن الإناث نظرًا لطبيعة دورهم في الرعاية الصحية للأسرة المصرية لا يجدن في برامج القناة القدرة على استغنائهم عن زيارة الطبيب، في حين أن الـــذكور قـــد يكـــون اتصالهم للاستفسار بهدف المعرفة التي تغني عن التوجه إلى الطبيب المختص.

ب- العلاقة بين السن ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنـــامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب:

يوضح الجدول رقم (69) العلاقة بين السن ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنـــامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب لدى الذين استفادوا من الاتصـــال بالبرنامج.

الجدول رقم (69)

العلاقة بين السن ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب

السن / مدى الاستفادة والاستغناء عن زيارة الطبيب	أقل من 20		من 20 إلى 30		من 30 إلى 40		من40 إلى 50		أكثر من 50		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	1	12.5	8	12.5	2	4.4	4	16	1	11.1	16	10.6
إلى حد ما	4	50	33	51.6	36	80	12	48	5	55.6	90	59.6
لا	3	37.5	23	35.9	7	15.6	9	36	3	33.3	45	29.8
المجموع	**8**	**100**	**64**	**100**	**45**	**100**	**25**	**100**	**9**	**100**	**151**	**100**

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن الفئة العمرية من (30–40 سنة) هي الأكثر استفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي بشكل يغنيهم عن زيارة عيادة الطبيب، سواء بشكل تام (4.4%)، أو بشكل جزئي (80%)، في حين تتقارب بقية الفئات في عدم الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي بالشكل الذي يغني عن زيارة عيادة الطبيب.

ويمكن أن ترد هذه النتائج السابقة إلى أن الفئة من 30–40 سنة هي الفئة التي لديها من الوعي ما يمكنها من استيعاب ردود الأطباء المختصين في القناة على استفساراتهم. إضافة إلى أن طبيعة هذه الفئة الأكثر انشغالاً بظروف الحياة كونها تمثل فئة العمر النشيط القادر على الإنتاج بعد اكتساب الخبرة والمعرفة اللازمة.

- وتتفق هذه النتيجة مع العوامل المؤثرة في اكتساب المعارف والمعلومات من وسائل الإعلام وتحقيق أقصى قدر من الإفادة منها والتي يعد القدرة على الاتصال الاجتماعي بالأخرى Social contact من أهم هذه العوامل وهو ما يميز هذه الفئة العمرية[1]. الأمر الذي يجعلها تتميز عن بقية الفئات في مدى الاستفادة من برنامج قناة نفرتيتي على الهواء.
- ولم يقم الباحث بقياس العلاقة بين العمر ومدى الاستفادة من برنامج قناة نفرتيتي على الهواء إحصائيًا بسبب صغر عدد العينة في معظم الفئات العمرية مما يجعل العلاقة غير ذات معنى.

جـ- العلاقة بين المستوى التعليمي ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب:

يوضح الجدول رقم (70) العلاقة بين التعليم ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب لدى الذين استفادوا من الاتصال بالبرنامج.

(1) Wener. J. Severin & Tankard, J.R. Communication Theories, Origins, Methods, and Uses in the Mass Media, **Op. Cit,** pp.230-249.

الجدول رقم (70)

العلاقة بين التعليم ومدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب

التعليم / مدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب	يقرأ ويكتب ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عيا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	-	-	١	١٠٠	٣	١٠,٤	٧	٧,٣	٥	٢١,٧	١٦	١٠,٦
إلى حد ما	٢	١٠٠	-	-	١٥	٥١,٧	٦١	٦٣,٥	١٢	٥٢,٢	٩٠	٥٩,٦
لا	-	-	-	-	١١	٣٧,٩	٢٨	٢٩,٢	٦	٢٦,١	٤٥	٢٩,٨
الإجمالي	٢	١٠٠	١	١٠٠	٢٩	١٠٠	٩٦	١٠٠	٢٣	١٠٠	١٥١	١٠٠

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن فئة المبحوثين في الدراسات العليا هم الأكثر استفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة الطبيب، وتبلغ نسبتهم (21.7%) مقابل نسبة (10.4%) فقط الذين يستفيدون من الاتصال في فئة التعليم المتوسط أو فوق المتوسط.
- جاءت فئة المستفيدين إلى حد ما من المبحوثين في الدراسات العليا (52.2%) مقابل نسبة (51.7%) يستفيدون إلى حد ما من ذوي التعليم المتوسط أو فوق المتوسط.
- أن دلالة النتائج الخاصة بفئة الذين يقرؤون ويكتبون فقط، أو فئة الإعدادي وما يعادله فقط غير كافية للحكم على درجة الاستفادة من

الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب نظرًا لقلة عدد الأفراد الذين يتصلون بالبرنامج، وبالتالي فإن نسبة فئة من يقرأ ويكتب والمستفيدين إلى حد ما ومقدارها (100%) مردها إلى (مبحوث واحد) وكذلك الحال لفئة الإعدادي وما يعادله الكافية على مدى الاستفادة من الاتصال ببرنامج نفرتيتي على الهواء والاستغناء عن زيارة عيادة الطبيب، أو عدم الاستفادة، وهذه الأرقام كذلك لا تسمح بقياس العلاقة إحصائيًا.

7- العلاقة بين متغيرات (النوع ـ السن ـ التعليم) ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض:

أ- العلاقة بين النوع ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض:

يوضح الجدول رقم (71) العلاقة بين النوع ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض لدى عينة الدراسة

جدول رقم (71)

العلاقة بين النوع ودور قناة نفرتيتي

في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض

النوع / دور قناة نفرتيتي في تصحيح معلومات طبية عن الأمراض	ذكر		أنثى		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	83	31.2	53	39.6	136	34
لا	183	68.8	81	60.4	264	66
المجموع	**266**	**100**	**134**	**100**	**400**	**100**

قيمة كا2 = 2.768	*درجة الحرية = 1*	*مستوى المعنوية = 0.096*	*معامل التوافق = 0.083*

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود علاقة ارتباطيه دالة بين النوع ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض، حيث بلغت كا2 (2.768) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية (1) ومستوى معنوية (0.096).
- وتؤكد هذه النتيجة عدم وجود فروق كبيرة بين الذكور والإناث في قدرة القناة على تصحيح معلوماتهم الطبية عن الأمراض رغم التفوق النسبي للإناث في هذا الدور (39.6%) مقابل (31.2%) للذكور.
- وتأتي هذه النتيجة لتأكد أن القناة لا تؤدي دورها المطلوب في تصحيح معلومات الجمهور الطبية عن الأمراض سواء لدى الذكور(68.8%)، أو لدى الإناث(60.4%) وربما يعود ذلك إلى أن طبيعة الأمراض التي تناقشها القناة من الأمراض التي لدى الجمهور عنها معلومات وافرة نظرًا لانتشارها بين عموم الناس، كذلك لابد من مراعاة أن كثير من المبحوثين لا يعترفون بخطأ معلوماتهم وبالتالي بقدرة القناة على تصحيح هذه المعلومات.

ب- العلاقة بين السن ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض:

يوضح الجدول رقم (72) العلاقة بين السن ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (72)

العلاقة بين السن ودور قناة نفرتيتي
في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض

السن / دور قناة نفرتيتي في تصحيح معلومات طبية عن الأمراض	أقل من ٢٠		من ٢٠ إلى ٣٠		من ٣٠ إلى ٤٠		من ٤٠ إلى ٥٠		من ٥٠ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٨	٢٣,٥	٧٠	٣٥,٧	٣٩	٣٦,١	١٣	٢٧,١	٦	٤٢,٩	١٣٦	٣٤
لا	٢٦	٧٦,٥	١٢٦	٦٤,٣	٦٩	٦٣,٩	٣٥	٧٢,٩	٨	٥٧,١	٢٦٤	٦٦
الإجمالي	٣٤	١٠٠	١٩٦	١٠٠	١٠٨	١٠٠	٤٨	١٠٠	١٤	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
قيمة كا٢ = ٣,٦٤٥				درجة الحرية = ٤				مستوى المعنوية = ٠,٤٥٦				

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود علاقة إحصائية دالة بين السن ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض، حيث بلغت قيمة كا2 (3.645) وهي قيمة غير دالة عند درجة حرية (4) ومستوى معنوية (0.456).
- وتؤكد هذه النتيجة تقارب معظم الفئات في قدرة القناة على تصحيح معلوماتها الطبية بالرغم من التفوق الطفيف لفئة من 50 سنة فأكثر في تصحيح القناة لمعلوماتهم الطبية (42.9%). إلا أن القناة تبقى أقل قدرة على تصحيح معلومات الجمهور الطبية في عموم بقية الفئات، وهذه يرد كما سبق أن ذكرنا لطبيعة الأمراض التي تناقشها القناة، إضافة إلى أن طبيعة الإعلام المرئي عبر التليفزيون يجعل من

تصحيح المعلومات الصحية المعمقة لدى الجمهور مسألة غير حاسمة في ظل خصوصية بعض الأمراض التي يتطلب اقتنـــاع الجمهـــور بخطأ معلوماتها حولها استشارة خبير موثوق به.

جـــ- العلاقة بين التعليم ودور قناة نفرتيتـــي فـــي تصـــحيح المعلومات الطبية عن الأمراض:

يوضح الجدول رقم (73) العلاقة بين المستوى التعليمـــي ودور قنـــاة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (73)

العلاقة بين المستوى التعليمي ودور قناة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض

التعليم / قناة نفرتيتي في تصحيح معلومات طبية عن الأمراض	يقرأ ويكتب/ ابتدائي		إعدادي وما يعادله		تعليم متوسط أو فوق المتوسط		تعليم جامعي		دراسات عليا		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٢	٥٠	٢	١٨,٢	٣٠	٣٨	٨٥	٣١,٨	١٧	٤٣,٦	١٣٦	٣٤
لا	٢	٥٠	٩	٨١,٨	٤٩	٦٢	١٨٢	٦٨,٢	٢٢	٥٦,٤	٢٦٤	٦٦
الإجمالي	٤	١٠٠	١١	١٠٠	٧٩	١٠٠	٢٦٧	١٠٠	٣٩	١٠٠	٤٠٠	١٠٠
قيمة كا² = ٤,٣٩٥					درجة الحرية = ٤				مستوى المعنوية = ٠,٣٥٥			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود علاقة إحصائية دالة بين المستوى التعليمـــي ودور قنـــاة نفرتيتي في تصحيح المعلومات الطبية عن الأمراض، حيـــث بلغـــت

قيمة كا2 (4.395) وهي قيمة غير دالة عنـــد درجـــة حريـــة (4) ومستوى معنوية (0.355).

- وتؤكد هذه النتيجة بدورها إلى تقارب معظم الفئات التعليمية في قدرة قناة نفرتيتي في تصحيح معلوماتها الطبية بالرغم من تفـــوق فئـــة الدراسات العليا في مدى الإفادة في تصحيح معلوماتهم، إلا أن هـــذا التفوق الضئيل نسبيًا يجعل من العلاقة غير دالة إحصائيًا.
- ولا يمكن تفسير هذه النتيجة خارج خصوصية العلاقة التي تربط فئة الدراسات العليا من المتصلين ببرامج نفرتيتي بالقناة نفســـها، حيـــث تبين من الجداول السابقة أن هذه الفئة الأكثر اتصالاً والأكثر إفادة من اتصالهم، وبالتالي فمن الطبيعي أن يكونوا أكثر الفئات التي تلعب قناة نفرتيتي دورًا في تصحيح معلوماتهم الطبية حول الأمراض.

8- الفرق بين متغيرات (النوع ــ السن ــ التعليم) في مدى اعتماد عينة الدراسة على المصادر في الحصول على المعلومـــات الصحية:

أ- الفرق بين الذكور والإناث فـــي مـــدى اعتمـــادهم علـــى المصادر في الحصول على المعلومات الصحية:

يوضح الجدول رقم (74) الفرق بين الذكور والإناث ومدى اعتمـــادهم على المصادر للحصول على المعلومات الصحية لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (74)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى اعتمادهم على المصادر للحصول على المعلومات الصحية

النوع / المصادر	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
الإنترنت	2.30	0.814	2.20	0.874	1.080	398	0.281
الكتب الطبية البسيطة	1.96	0.764	1.85	0.818	1.273	251.106	0.204
الصحف والمجلات الطبية المتخصصة	1.71	0.733	1.66	0.796	0.701	248.176	0.484
الصحف والمجلات العامة	1.99	0.757	1.93	0.837	0.781	244.367	0.436
الندوات والنشرات الطبية	1.66	0.762	1.51	0.753	1.871	398	0.062
البرامج الصحية بالتليفزيون المصري	2.18	0.772	2.19	0.836	-0.114	248.795	0.910
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية المختلفة	2.19	0.740	2.04	0.821	1.805	398	0.072
قناة حورس	1.97	0.793	2.01	0.809	-0.399	398	0.690
قناة نفرتيتي	2.52	0.571	2.48	0.680	0.658	229.780	0.511
الراديو	1.64	0.736	1.64	0.750	-0.082	398	0.935
المعارف والأصدقاء	2.24	0.821	2.11	0.873	1.448	398	0.148
الطبيب الخاص	2.44	0.780	2.27	0.851	1.909	247.288	0.057
الوحدات والمستشفيات الحكومية	1.71	0.774	1.62	0.754	1.121	398	0.263

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- عدم وجود فروق إحصائية دالة بين الـذكور والإنـاث فـي مـدى اعتمادهم على المصادر لاستقاء المعلومات الصحية وذلـك بالنسـبة لجميع هذه المصادر دون وجود مصدرًا واحدًا يميز الـذكور عـن الإناث بشكل دال إحصائيًا، حيث دلت جميع قيم (ت) في المصـادر الموضحة بالجدول على قيم غير دالة كما تظهره مستويات المعنوية الموضحة في الجدول أعلاه.
- وتؤكد هذه النتيجة التقارب بين الذكور والإناث في مـدى الاعتمـاد على تلك المصادر، وهذا يتفق مع ما تقدمه نظرية الاعتماد مـن أن الآثار المعرفية الناجمة عن الاعتماد على وسائل الإعلام يتساوى فيها الذكور والإناث خاصة حين يتعلق الأمر بوسيلة كالتليفزيون في حين أن الآثار السلوكية والوجدانيـة تلعـب فيهـا المتغيـرات النفسـية والاختلاف السيكولوجي بين الذكور والإناث دورها في الآثار الناجمة عن الاعتماد على مضمون معين.

ب- الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين ومـدى اعتمـادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية:

يوضح الجدول رقم (75) الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين ومـدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية لـدى عينـة الدراسة.

جدول رقم (75)

الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين ومدي اعتمادهم على المصادر في الحصول علي المعلومات الصحية

المصادر	الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
الإنترنت	(أقل من 20)	34	2.29	0.871	4.746	4 395	0.001
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.39	0.793			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.26	0.813			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.90	0.857			
	(من 50 فأكثر)	14	1.79	0.975			
	الإجمالي	400	2.27	0.835			
الكتب الطبية البسيطة	(أقل من 20)	34	2.09	0.753	4.210	4 395	0.002
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.02	0.788			
	(من 30 لأقل من 40)	108	1.90	0.748			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.56	0.769			
	(من 50 فأكثر)	14	1.64	0.745			
	الإجمالي	400	1.92	0.783			
الصحف والمجلات الطبية المتخصصة	(أقل من 20)	34	1.74	0.828	0.326	4 395	0.861
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.71	0.751			
	(من 30 لأقل من 40)	108	1.70	0.727			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.60	0.765			
	(من 50 فأكثر)	14	1.57	0.852			
	الإجمالي	400	1.70	0.754			
الصحف والمجلات العامة	(أقل من 20)	34	2.32	0.843	2.724	4 395	0.029
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.92	0.777			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.03	0.729			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.85	0.850			
	(من 50 فأكثر)	14	1.71	0.726			
	الإجمالي	400	1.97	0.785			
الندوات والنشرات الطبية	(أقل من 20)	34	1.62	0.739	2.781	4 395	0.027
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.57	0.751			

المصادر	الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	(من 30 لأقل من 40)	108	1.79	0.786			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.40	0.707			
	(من 50 فأكثر)	14	1.43	0.756			
	الإجمالي	400	1.61	0.762			
البرامج الصحية بالتليفزيون المصري	(أقل من 20)	34	2.15	0.821	1.837	4 395	0.121
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.14	0.776			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.35	0.740			
	(من 40 لأقل من 50)	48	2.13	0.890			
	(من 50 فأكثر)	14	1.93	0.917			
	الإجمالي	400	2.19	0.793			
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية المختلفة	(أقل من 20)	34	2.21	0.770	1.123	4 395	0.345
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.11	0.743			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.21	0.774			
	(من 40 لأقل من 50)	48	2.17	0.834			
	(من 50 فأكثر)	14	1.79	0.893			
	الإجمالي	400	2.14	0.771			
قناة حورس	(أقل من 20)	34	1.76	0.819	2.151	4 395	0.074
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.95	0.786			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.13	0.750			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.88	0.866			
	(من 50 فأكثر)	14	2.21	0.893			
	الإجمالي	400	1.99	0.798			
قناة نفرتيتي	(أقل من 20)	34	2.53	0.615	2.002	4 395	0.093
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.45	0.627			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.50	0.572			
	(من 40 لأقل من 50)	48	2.73	0.494			
	(من 50 فأكثر)	14	2.50	0.855			
	الإجمالي	400	2.51	0.609			
الراديو	(أقل من 20)	34	1.68	0.806	1.081	4	0.365
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.61	0.712		395	

المصادر	الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	(من 30 لأقل من 40)	108	1.58	0.712			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.79	0.798			
	(من 50 فأكثر)	14	1.86	0.949			
	الإجمالي	400	1.64	0.740			
المعارف والأصدقاء	(أقل من 20)	34	2.06	0.919	1.053	4 395	0.379
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.16	0.837			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.24	0.807			
	(من 40 لأقل من 50)	48	2.33	0.859			
	(من 50 فأكثر)	14	2.43	0.852			
	الإجمالي	400	2.20	0.840			
الطبيب الخاص	(أقل من 20)	34	2.35	0.849	1.323	4 395	0.261
	(من 20 لأقل من 30)	196	2.40	0.795			
	(من 30 لأقل من 40)	108	2.46	0.766			
	(من 40 لأقل من 50)	48	2.17	0.883			
	(من 50 فأكثر)	14	2.21	0.893			
	الإجمالي	400	2.38	0.808			
الوحدات والمستشفيات الحكومية	(أقل من 20)	34	1.82	0.834	2.441	4 395	0.002
	(من 20 لأقل من 30)	196	1.76	0.797			
	(من 30 لأقل من 40)	108	1.69	0.716			
	(من 40 لأقل من 50)	48	1.35	0.635			
	(من 50 فأكثر)	14	1.21	0.579			
	الإجمالي	400	1.68	0.768			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- وباستخدام معامل تحليل التباين أحادي الاتجاه ما يلي:
- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى اعتمادهم على المصادر التالية لاستقاء المعلومات الصحية:

- مدى الاعتماد على الإنترنت: حيث قيمة (ف) (4.746) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.001)، ويتضح من النتيجة السابقة أن الفئة العمرية من 20 – لأقل من 30 سنة هم الفئة الأكثر اعتمادًا على الإنترنت بمتوسط حسابي مقداره (2.39)، وربما يعود ذلك كون هذه الفئة الأكثر قدرة مع التعامل مع تكنولوجيا الاتصال الحديثة عن بقية الفئات العمرية.
- الكتب الطبية البسيطة: حيث قيمة (ف) (4.21) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.002)، ويتضح من هذه النتيجة أن الفئتين العمريتين أقل من 20، ومن 20– لأقل من 30 هما الفئتان الأكثر اعتمادًا على الكتب الطبية البسيطة بمتوسط حسابي مقداره (2.09، 2.02) على التوالي، وربما يعود ذلك إلى أن هاتين الفئتين هما الفئتان المرتبطتان بمستويات التعليم الجامعي أو فوق المتوسط على الأقل.
- الصحف والمجلات العامة: حيث قيمة (ف) (2.724) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.029)، ويتضح من هذه النتيجة أن الفئة العمرية أقل من 20 سنة، هي الفئة الأكثر اعتمادًا على الصحف والمجلات العامة، بمتوسط حسابي مقداره (2.32)، وهذا يرتبط بدوره مع رغبة هذه الفئة بمتابعة الصحف والمجلات العامة أكثر من سواها.
- الندوات والنشرات الطبية: حيث قيمة (ف) (2.781) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.027)،

ويتضح من هذه النتيجة أن الفئة العمرية من 30 ــ لأقل من 40 سنة، هي الفئة الأكثر اعتمادًا على الندوات والنشــرات الطبيــة بمتوسط حسابي مقداره (1.79)، وربما يعود ذلك إلى طبيعة هذه الوسيلة التي تتطلب خبرة ووعيًا في الفئات التي لا يقل عمرهــا عن 30 عامًا.

- الوحدات والمستشفيات الحكومية: حيــث قيمــة (ف) (2.441) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنويــة (0.002)، ويتضح من هذه النتيجة أن الفئة العمرية مــن 30، ومن 30 لأقل من 40 سنة، تتقارب في مستوى اعتمادها علـــى الوحدات والمستشفيات الحكومية بمتوسطات حســابية مقــدارها (1.82، 1.76، 1.69) على التوالي.

- لم يتضح وجود أي فروق إحصائية بين الفئات العمرية فــي مــدى اعتمادهم على مصادر: الصحف والمجلات المتخصصــة، البــرامج الصحية بالتليفزيون المصري، البرامج الصحية في القنوات الفضائية المختلفة، قناة حورس، قناة نفرتيتي، الراديو، المعارف والأصــدقاء، الطبيب الخاص، حيث كانت جميع قيم (ف) المحســوبة فــي هــذه المصادر غير دالة عند درجتي حرية(4، 395) ومستويات معنويــة تزيد عن (0.05) كما هي موضحة في الجدول.
- ويتضح من النتائج السابقة أن الفروق بين المستويات العمريــة فــي مستوى اعتمادها على وسائل الإعلام ظهرت فيما يخــص القنــوات ذات المعرفة المتخصصة مثل الإنترنت، الكتب الطبيــة، الصــحف والمجلات العامة، الندوات والنشرات الطبية، في حين أن غياب هذه

الفروق كانت في الوسائل الإعلامية ذات الجماهيرية غير المرتبطة بسن محدد كبرامج التليفزيون، القنوات الفضائية، القنوات الطبية العامة والمتخصصة مثل قناتي حورس ونفرتيتي، إضافة إلى الراديو والمعارف والأصدقاء.

- وهذا يؤكد على أن العمر يرتبط مع الوسائل المعرفة المتخصصة وليس مع الوسائل الجماهيرية التي يتابعها الجميع، وهذا يتفق مع ما جاءت به نظرية فجوة المعرفة التي افترضت أن الوسائل الجماهيرية ذوبت الفروق بين المستويات العمرية المختلفة.
- ولإيضاح مصدر التباين بين الفئات العمرية السابقة التي اختلفت في مستوى اعتمادها على المصادر لاستقاء المعلومات الصحية بالشكل الذي يساعد على تفسير هذا التباين وتقديم المبررات المنطقية له، قام الباحث بإجراء الاختبار البعدي بطريقة الـ LSD للكشف عن مصدر هذا التباين وهو ما يوضحه الجدول التالي.

جدول رقم (76)

التباين بين الفئات العمرية للمبحوثين ومدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
الإنترنت	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.09 -	0.539
		(من 30 لأقل من 40)	0.03	0.829
		(من 40 لأقل من 50)	0.40	0.031
		(من 50 فأكثر)	0.51	0.051
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.13	0.191
		(من 40 لأقل من 50)	0.49	0.000
		(من 50 فأكثر)	0.60	0.008
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	0.36	0.011

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
		(من 50 فأكثر)	0.47	0.043
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.11	0.658
الكتب الطبية البسيطة	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.07	0.611
		(من 30 لأقل من 40)	0.19	0.210
		(من 40 لأقل من 50)	0.53	0.002
		(من 50 فأكثر)	0.45	0.070
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.12	0.205
		(من 40 لأقل من 50)	0.45	0.000
		(من 50 فأكثر)	0.37	0.081
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	0.34	0.012
		(من 50 فأكثر)	0.26	0.244
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.08 -	0.732
الصحف والمجلات العامة	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.40	0.006
		(من 30 لأقل من 40)	0.30	0.054
		(من 40 لأقل من 50)	0.47	0.007
		(من 50 فأكثر)	0.61	0.014
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.10 -	0.264
		(من 40 لأقل من 50)	0.07	0.580
		(من 50 فأكثر)	0.21	0.332
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	0.17	0.199
		(من 50 فأكثر)	0.31	0.157
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.14	0.554
الندوات في النشرات الطبية	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.05	0.742
		(من 30 لأقل من 40)	0.17 -	0.254
		(من 40 لأقل من 50)	0.22	0.191
		(من 50 فأكثر)	0.19	0.431
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.22 -	0.018
		(من 40 لأقل من 50)	0.18	0.149
		(من 50 فأكثر)	0.14	0.494
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	0.39	0.003
		(من 50 فأكثر)	0.36	0.095
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.03 -	0.887

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
الوحدات والمستشفيات الحكومية	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.06	0.652
		(من 30 لأقل من 40)	0.13	0.385
		(من 40 لأقل من 50)	0.47	0.006
		(من 50 فأكثر)	0.61	0.011
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.07	0.468
		(من 40 لأقل من 50)	0.41	0.001
		(من 50 فأكثر)	0.55	0.009
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	0.34	0.010
		(من 50 فأكثر)	0.48	0.026
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.14	0.542

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات العمرية المختلفة على الإنترنت لاستقاء المعلومات الصحية فإن مصدر هذا التباين يرجع إلى الفروق بين أقل من 20 سنة، ومن 40 - 50 سنة، ومن الفروق بين الفئة من 20 - لأقل من 30، والفئتين من 40 - لأقل من 50 سنة، ومن 50 سنة فأكثر، إضافة للفروق بين هاتين الفئتين والفئة من 30 - لأقل من 40 سنة.
- وهذه الفروق جميعًا تؤكد التباين بين الفئات الدنيا والفئات العليا في المستوى العمري.
- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات العمرية المختلفة على الكتب الطبية البسيطة، فإن مصدر هذا التباين يرجع إلى الفروق بين الفئة أقل من 20 سنة، ومن 40-50 سنة، وكذلك بين الفئة من 20- لأقل من 30 سنة، والفئة من 40- لأقل من 50 سنة ذاتها، مع فروق هذه الفئة أيضًا من 30 - لأقل من 40 سنة.

- ويتضح من جميع هذه الفروق أن مصدر التباين الأساسي أحدثته الفئة من 40 – لأقل من 50 سنة، وجميع الفئات التي تصغرها سناً.
- بالنسبة لمصدر التباين الناجم عن اعتماد الفئات العمرية المختلفة على الصحف والمجلات العامة لاستقاء المعلومات الصحية فإن مصدر هذا التباين مرده إلى الفروق بين الفئة أقل من 20 سنة، والفئات من 20– لأقل من 30 سنة، ومن 40– لأقل من 50 سنة، وكذلك من 50 فأكثر.
- وهذه الفروق وحدها هي التي أحدثت التباين السابق.
- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات العمرية المختلفة على الندوات والنشرات الطبية لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجع إلى الفروق بين الفئة من 20 لأقل من 30، والفئتين من 30– لأقل من 40سنة، ومن 40 لأقل من 50 سنة فقط، في حين غاب التباين بقية الفئات العمرية.
- بالنسبة لمصدر التباين الناجم عن اعتماد الفئات العمرية المختلفة على الوحدات والمستشفيات الحكومية، فإن مصدر هذا التباين يرجع إلى الفروق بين الفئة من 40 لأقل من 50 سنة، وبين كل من الفئات أقل من 20 سنة، ومن 20– لأقل من 30سنة، ومن 30 لأقل من 40 سنة، وهذه الفئة (من 40– لأقل من 50 سنة) وحدها التي أحدثت التباين بين الفئات العمرية التي تصغرها سناً بشكل أدى إلى ظهور التباين بين الفئات العمرية المختلفة عامة.

جـ– الفرق بين المستوى التعليمي للمبحوثين ومدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية:

يوضح الجدول رقم (77) الفرق بين المستوى التعليمي للمبحـــوثين ومدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية.

جدول رقم (77)

الفرق بين المستوى التعليمي للمبحوثين ومدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية

المصادر	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
الإنترنت	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	0.577	7.684	4 395	0.000
	إعدادي وما يعادله	11	1.36	0.674			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.03	0.891			
	تعليم جامعي	267	2.35	0.806			
	دراسات عليا	39	2.51	0.683			
	الإجمالي	400	2.27	0.835			
الكتب الطبية البسيطة	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.75	0.957	0.630	4 395	0.641
	إعدادي وما يعادله	11	1.82	0.751			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	1.90	0.826			
	تعليم جامعي	267	1.96	0.777			
	دراسات عليا	39	1.77	0.742			
	الإجمالي	400	1.92	0.783			
الصحف والمجلات الطبية المتخصصة	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	1.000	0.498	4 395	0.737
	إعدادي وما يعادله	11	1.64	0.674			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	1.68	0.825			
	تعليم جامعي	267	1.68	0.736			
	دراسات عليا	39	1.85	0.745			
	الإجمالي	400	1.70	0.754			

المصادر	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
الصحف والمجلات العامة	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	1.000	0.996	4 395	0.410
	إعدادي وما يعادله	11	2.00	0.894			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.06	0.806			
	تعليم جامعي	267	1.97	0.770			
	دراسات عليا	39	1.82	0.790			
	الإجمالي	400	1.97	0.785			
الندوات والنشرات الطبية	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	1.000	1.127	4 395	0.343
	إعدادي وما يعادله	11	1.73	0.786			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	1.52	0.695			
	تعليم جامعي	267	1.60	0.756			
	دراسات عليا	39	1.82	0.885			
	الإجمالي	400	1.61	0.762			
البرامج الصحية بالتليفزيون المصري	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	1.000	1.958	4 395	0.100
	إعدادي وما يعادله	11	2.00	0.775			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.32	0.760			
	تعليم جامعي	267	2.15	0.788			
	دراسات عليا	39	2.33	0.838			
	الإجمالي	400	2.19	0.973			

تابع جدول الفرق بين المستوى التعليمي ومدى الاعتماد على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية

المصادر	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية المختلفة	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.00	0.000	3.471	4 395	0.008
	إعدادي وما يعادله	11	2.00	0.984			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.28	0.750			
	تعليم جامعي	267	2.10	0.744			
	دراسات عليا	39	2.28	0.887			
	الإجمالي	400	2.14	0.771			
قناة حورس	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.50	1.000	2.398	4 395	0.050
	إعدادي وما يعادله	11	1.64	0.809			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.09	0.788			
	تعليم جامعي	267	1.94	0.792			
	دراسات عليا	39	2.23	0.777			
	الإجمالي	400	1.99	0.798			
قناة نفرتيتي	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	2.50	1.000	0.641	4 395	0.633
	إعدادي وما يعادله	11	2.36	0.809			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.57	0.547			
	تعليم جامعي	267	2.48	0.615			
	دراسات عليا	39	2.59	0.595			
	الإجمالي	400	2.51	0.609			
الراديو	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.75	0.957	3.785	4	0.005
	إعدادي وما يعادله	11	1.45	0.688		395	

المصادر	المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	1.91	0.804			
	تعليم جامعي	267	1.56	0.704			
	دراسات عليا	39	1.67	0.737			
	الإجمالي	400	1.64	0.740			
المعارف والأصدقاء	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	2.00	1.155	1.988	4 395	0.096
	إعدادي وما يعادله	11	1.73	0.905			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.18	0.859			
	تعليم جامعي	267	2.26	0.816			
	دراسات عليا	39	1.97	0.873			
	الإجمالي	400	2.20	0.840			
الطبيب الخاص	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	2.00	1.155	4.022	4 395	0.003
	إعدادي وما يعادله	11	1.73	0.786			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.41	0.760			
	تعليم جامعي	267	2.45	0.785			
	دراسات عليا	39	2.08	0.900			
	الإجمالي	400	2.38	0.808			
الوحدات والمستشفيات الحكومية	يقرأ ويكتب/ابتدائي	4	1.75	0.957	3.365	4 395	0.010
	إعدادي وما يعادله	11	1.45	0.522			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	1.76	0.755			
	تعليم جامعي	267	1.72	0.784			
	دراسات عليا	39	1.28	0.605			
	الإجمالي	400	1.68	0.768			

يتضح من بيانات الجدول السابق:

باستخدام معامل تحليل التباين من مرحلة واحدة كما يلي:

- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى اعتمادهم على المصادر التالية لاستقاء معلوماتهم الصحية:
  - في مدى الاعتماد على الإنترنت: حيث قيمة (ف) (7.684) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.000).

وتؤكد هذه النتيجة أن الفئة التعليمية الأكثر اعتمادًا على الإنترنت هي فئة الدراسات العليا بمتوسط حسابي مقداره (2.51)، يليها فئة التعليم الجامعي بمتوسط حسابي مقداره (2.35)، وتعد هذه النتيجة منطقية لارتباط الفئات التعليمية الأكثر تعليمًا بوسيلة تعليمية ومعرفية حديثة كالإنترنت مما يجعل مدى الاعتماد عليها يتناسب طرديًا ومستوى التعليم، بمعنى أنه كلما زاد المستوى التعليمي زاد مدى الاعتماد على الإنترنت.

وهذا لا يتناقض مع ما جاءت به نظرية فجوة المعرفة التي ترى أن المعرفة ترتبط بمستوى التعليم المرتفع، وبالرغم من قدرة بعض الوسائل الإعلامية على ترميم هذه الفجوة وتقليصها إلا أن خصوصية الوسيلة تبقى حاسمة في مدى الفجوة المعرفية عليها، وخاصة حينما يرتبط الأمر بالاعتماد المركز والهادف على وسائل التكنولوجيا المعاصرة.

- في مدى الاعتماد على البرامج الصحية في القنوات الفضـــائية: حيث بلغت قيمة (ف) (3.471) وهي قيمة دالة عنـــد درجتـــي حرية(4، 395)ومستوى معنوية (0.008).

وتدل هذه النتيجة أن فئتي التعليم المتوسط/ فـــوق المتوســـط، والدراسات العليا هما الأكثر اعتمادًا على هذه الوسيلة، إذ بلـــغ متوسط اعتمادها الحسابي (2.28)، وربما تعود هذه النتيجة إلى طبيعة أفراد العينة النشطة في اتصالها مع برامج قناة نفرتيتـــي الصحية ضمن هاتين الفئتين وخاصة فئة الدراسات العليا يجعلهما الأكثر اعتمادًا على البرامج الصحية فـــي القنـــوات الفضـــائية، وبالتالي فإن هذه النتيجة لا تعني تميزهم في اعتمادهم العام على القنوات الفضائية بقدر ما تعني اعتمادهم الخاص على البـــرامج الصحية في هذه القنوات، وهو ما يتفق مع نتيجة سابقة في هـــذه الدراسة، نرى أن القنوات الفضائية عمومًا والتليفزيون خصوصًا يتسم بمتابعة جميع الفئات التعليمية دون تمييز.

- في مدى الاعتماد على قناة حورس: حيث قيمـــة (ف) (2.398) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنويـــة (0.05).

وتدل هذه النتيجة على أن أكثر الفئات التعليمية اعتمادًا علـــى قناة حورس هما كذلك فئتي الدراسات العليا بمتوســـط حســـابي مقداره (2.23)، والتعليم المتوسط بمتوســـط حســـابي مقـــداره (2.09)، وتعد هذه النتيجة منطقية كون قناة حورس هـــي مـــن القنوات الصحية المتخصصة والموجهة للجمهور من المســـتوى

العلمي المرتفع، كما يشاهدها فئة التمريض ذات التعليم المتوسط وفوق المتوسط، والتي قد يتمايز الجمهور النشط القائم بالتفاعل مع برامجها في مستوى اعتماده عليها عكس الاعتماد على القنوات العامة أو على التليفزيون بشكل عام.

- في مدى الاعتماد على الراديو: حيث بلغت قيمة (ف) (3.378) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.005).

وتدل هذه النتيجة على أن فئة التعليم المتوسط هي الأكثر اعتمادًا على الراديو بشكل عام، إذ بلغ متوسطهم الحسابي (1.91)، يليها فئة من يقرأ ويكتب بمتوسط حسابي قدره (1.95)، مما يعني أن الفئات الدنيا تقريبًا في المستوى التعليمي هما الأكثر اعتمادًا على برامج الراديو بشكل عام. وربما يعود ذلك إلى أن الراديو لا يتطلب مستوى تعليمي معين لمتابعة برامجه بشكل عام مع ملاحظة الانخفاض النسبي في متوسط المتابعة للراديو عمومًا في ظل منافسة بقية المصادر الإعلامية على اجتذاب انتباه الجمهور واهتمامه.

- في مدى الاعتماد على الطبيب الخاص: حيث بلغت قيمة (ف) (4.022) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.003).

وتدل هذه النتيجة على أن الفئات الأكثر تعليمًا أكثر اعتمادًا بشكل نسبي على الطبيب الخاص، وخاصة فئة التعليم الجامعي، إذ بلغ متوسط اعتمادهم الحسابي (2.45)، مقابل (2.41) للتعليم

فوق المتوسط، و (2.08) للدراسات العليا، وهذه النتيجة تعد منطقية في ظل ارتباط الاعتماد على الطبيب دون سواه من المصادر الأخرى بالوعي المعرفي الذي يميز هذه الفئات.

- في مدى الوحدات والمستشفيات الحكومية: حيث بلغت قيمة (ف) (3.365) وهي قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.01).

- وتدل هذه النتيجة على أن فئتي التعليم الجامعي، والتعليم المتوسط هما الأكثر اعتمادًا على هذا المصدر، ولابد أن تفسر هذه النتيجة في ظل دور متغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي الذي يفرض الاعتماد على المؤسسات الصحية الحكومية دون المراكز الصحية الخاصة، حيث تثبت الإحصائيات الدولية أن نسبة كبيرة لا يستهان بها من أفراد المجتمع لا يتوافر لها الرعاية الصحية والخدمات الوقائية والعلاجية الرخيصة، لذلك تولي الدول النامية اهتمامًا لمؤسساتها الحكومية للقيام بهذا الدور(1)، وبالتالي فإن مدى اعتماد أي فئة على هذا المصدر لابد أن يرتبط بشكل أو بآخر بالمستوى الاقتصادي الاجتماعي للمبحوث.
- بالمقابل لم يتضح وجود أي فروق إحصائية دالة بين مختلف الفئات التعليمية في اعتمادهم على كلاً من مصادر الكتب الطبية البسيطة، الصحف والمجلات الطبية المتخصصة، الصحف والمجلات العامة، الندوات والنشرات الطبية، البرامج الصحية بالتليفزيون المصري، قناة نفرتيتي، والمعارف والأصدقاء، حيث كانت جميع قيم (ف)

(1) صحتنا من سلامة كوكبنا ، **مرجع سابق** ، ص 209.

المحسوبة في ظل هذه المصادر غير دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستويات معنوية تزيد عن (0.05)، كما هي موضحة في الجدول السابق.

- وتدل هذه النتائج على أن طبيعة الوسيلة المرتبطة بشكل خاص بوسائل الإعلام المطبوعة، إضافة لبعض المصادر الخاصة بوسائل الإعلام المرئية والاتصال الشخصي، فرضت نفسها في غياب الفروق بين المستويات التعليمية المختلفة في مدى اعتمادهم عليها لاستقاء المعلومات الصحية، وبالتالي تبقى طبيعة الوسيلة العامل الأساسي في توافق أو اختلاف الجمهور في مستوى اعتمادهم عليها كما تفرضه نظرية الاعتماد على وسائل الإعلام، حيث أن درجة الاعتماد على وسائل الإعلام تتغير بتغير القنوات البديلة المتاحة أمام الجمهور[1].
- ولإيضاح مصدر التباين بين المستويات التعليمية السابقة التي اختلفت في مستوى اعتمادها على المصادر التي كشف تحليل التباين على دلالة فروقها الجوهرية، قام الباحث بإجراء الاختبار البعدي بطريقة الـ LSD للكشف عن مصدر هذا التباين بالشكل الذي يقدم تفسيرات وتبريرات منطقية له، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

ولمعرفة مصدر التباين بين هذه المستويات التعليمية، تم إجراء الاختبارات البعدية بطريقة (LSD) والتي تظهر نتائجها في الجدول التالي:

---

(1) Defluer, Melvin & Rokeach, Sandra, Theories of Mass Media Effects, **Op. Cit,** (1978)pp. 4-16.

جدول رقم (78)

التباين بين الفئات العمرية للمبحوثين ومدى اعتمادهم على المصادر في الحصول على المعلومات الصحية

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
الإنترنت	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	-0.14	0.773
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	-0.53	0.205
		تعليم جامعي	-0.85	0.038
		دراسات عليا	-1.01	0.017
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	-0.06	0.011
		تعليم جامعي	-0.98	0.000
		دراسات عليا	-1.15	0.000
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	-0.32	0.002
		دراسات عليا	-0.49	0.002
	تعليم جامعي	دراسات عليا	-0.16	0.236
البرامج الصحية بالقنوات الفضائية المختلفة	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	-1.00	0.025
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	-1.28	0.001
		تعليم جامعي	-1.10	0.004
		دراسات عليا	-1.28	0.001
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	-0.28	0.256
		تعليم جامعي	-0.10	0.655
		دراسات عليا	-0.28	0.278
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	0.17	0.076
		دراسات عليا	0.00	0.981

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 0.18	0.175
حورس	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	– 0.14	0.768
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.59	0.148
		تعليم جامعي	– 0.44	0.271
		دراسات عليا	– 0.73	0.080
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.45	0.077
		تعليم جامعي	– 0.30	0.213
		دراسات عليا	– 0.59	0.029
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	0.15	0.144
		دراسات عليا	– 0.14	0.360
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 0.29	0.033
الراديو	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	0.30	0.488
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.16	0.666
		تعليم جامعي	0.19	0.602
		دراسات عليا	0.08	0.828
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.46	0.052
		تعليم جامعي	– 0.10	0.645
		دراسات عليا	– 0.21	0.395
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	0.35	0.000
		دراسات عليا	0.24	0.087
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 0.11	0.386
الطبيب الخاص	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	0.27	0.557

المصادر	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.41	0.321
		تعليم جامعي	– 0.45	0.263
		دراسات عليا	– 0.08	0.854
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.68	0.008
		تعليم جامعي	– 0.72	0.003
		دراسات عليا	– 0.35	0.199
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	– 0.04	0.663
		دراسات عليا	0.33	0.036
	تعليم جامعي	دراسات عليا	0.37	0.007
الوحدات والمستشفيات الحكومية	يقرأ / يكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	0.30	0.505
		تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.01	0.981
		تعليم جامعي	0.03	0.943
		دراسات عليا	0.47	0.241
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	– 0.30	0.212
		تعليم جامعي	– 0.27	0.251
		دراسات عليا	0.17	0.506
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	0.04	0.706
		دراسات عليا	0.48	0.001
	تعليم جامعي	دراسات عليا	0.44	0.001

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليمية المختلفة على الإنترنت لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجع

للفروق بين الفئات التعليمية الدنيا والفئات التعليمية العليا، بالإضـــافة إلى الفروق بين فئة الإعدادي وما يعادله وكل مـــن فئـــات التعلـــيم المتوسط والتعليم الجامعي والدراسات العليا، وكذلك الفـــروق بـــين التعليم المتوسط، وفئتي التعليم الجامعي والدراســـات العليـــا. وهـــذه الفروق جميعها تؤكد أنه كلما زاد المســـتوى التعليمـــي كلمـــا ازداد الاعتماد على الإنترنت لاستقاء المعلومات الصحية.

- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليميـــة المختلفـــة علـــى البرامج الصحية بالقنوات الفضائية لاستقاء، فإن مصدر هذا التبـــاين يرجع للفروق بين فئة من يقرأ ويكتـــب، وبقيـــة الفئـــات التعليميـــة الأخرى، مما يؤكد أن الفئة الأقل اعتمادًا علـــى البـــرامج الصـــحية بالقنوات الفضائية مقارنة ببقية الفئات وذلك لأن البـــرامج الصـــحية تتطلب جهدًا معرفيًا يختلف عن بقية البرامج. إضافة إلا أنهـــا مـــن البرامج التي لا تجذب الجمهور العام وخاصة في المستويات التعليمية الدنيا.
- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليمية المختلفة على قنـــاة حورس لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجـــع للفروق بين فئة الدراسات العليا، وكل من فئتي الإعدادي وما يعادله والتعليم الجامعي، لا يمكن تفسيره إلا على طبيعة قناة حورس التـــي تُعد من القنوات المتوجهة إلى الجمهور المختص كطلبة الدراســـات العليا وليس إلى الجمهور العام.
- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليمية المختلفة على الراديو لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجع للفـــروق

بين فئتي التعليم المتوسط والتعليم الجامعي فقط، كون أن هذه الفئة الأخيرة أكثر اعتمادًا على مصادر تتطلب بناء معرفي أعلى كالإنترنت أو البرامج الصحية في المصادر الإعلامية الأخرى.

- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليمية المختلفة على الطبيب الخاص لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجع إلى الفروق بين فئتي التعليم الإعدادي وما يعادله، وفئة التعليم الجامعي فقط، كون أن فئة التعليم الجامعي تعتمد على الطبيب الخاص بشكل يتناسب ووعيها المعرفي الذي لا يرى بديلاً عن الطبيب الخاص لحل المشكلات الصحية والتخلص منها أو اكتساب المعرفة الوقائية حولها عكس فئة التعليم الإعدادي التي قد تلجأ إلى مصادر أخرى كالاتصال الشخصي لاستقاء تلك المعلومات الصحية.
- بالنسبة للتباين الناجم عن اعتماد الفئات التعليمية المختلفة على الوحدات والمستشفيات الحكومية لاستقاء المعلومات الصحية، فإن مصدر هذا التباين يرجع للفروق بين فئة الدراسات العليا وكل من فئتي التعليم المتوسط والتعليم الجامعي الأكثر اعتمادًا على هذا المصدر كون أن فئة الدراسات العليا عادة ما ينتمون إلى مستوى اجتماعي أعلى من بقي الفئات التي يلجأ معظمها إلى المؤسسات الصحية الحكومية.

*** ***

نتائـــج اختبارات الفروض

الفرض الأول: يؤثر حجم التعرض لقناة نفرتيتي على مستوى المعرفة بالقضايا الصحية البارزة:

جدول رقم (79)

العلاقة بين حجم التعرض لقناة نفرتيتي ومستوى المعرفة بالقضايا الصحية البارزة

المعرفة بالأمراض / معدل التعرض لقناة نفرتيتي	الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)		أورام الثدي		الفشل الكلوي		الأمراض بصفة عامة	
	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية
معدل التعرض لقناة فرتيتي	0.069	0.171	0.110	0.028	0.093	0.064	0.098	0.051

- باستخدام معامل بيرسون للارتباط الخطي البسيط لم يظهر وجود أي علاقة ارتباطيه دالة بين معدل التعرض لقنـــاة نفرتيتـــي ومعرفـــة المبحوثين بالقضايا الصحية البارزة بصفة عامة، حيث بلغت قيمـــة معامل الارتباط (0.098) وهي قيمة غير دالة عند مستوى معنويـــة (0.051).

- في حين ظهرت هذه العلاقة الارتباطية بشكل طردي بين معدل التعرض لقناة نفرتيتي ومعرفة المبحوثين بأورام الثدي تحديدًا، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (0.110) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (0.028) مما يؤكد أنه كلما زاد التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي تزداد المعرفة بأورام الثدي والعكس صحيح، ولكن مع مراعاة الضعف الشديد لهذه العلاقة التي لم تتجاوز شدتها (0.110).
- من جهة أخرى لم تظهر العلاقة الارتباطية بين معدل التعرض لقناة نفرتيتي ومعرفة المبحوثين بكل من مرضي الالتهاب الكبدي الفيروسي، والفشل الكلوي، حيث بلغت قيمة معاملي الارتباط (0.069، 0.093) على التوالي مما يؤكد عدم ارتباط التعرض للقناة بمستوى المعرفة لكلا المرضين.
- وتتفق هذه النتيجة مع النتائج السابقة التي تم تقديمها في المبحث السابق لهذه الدراسة والمتعلقة بعدم وجود علاقة بين التعرض للقناة والمعرفة بأمراض الالتهاب الكبدي الفيروسي، والفشل الكلوي، ويبرر ضعف العلاقة مع مرض أورام الثدي.
- وتؤكد هذه النتائج أن مصدر المعلومات الأول عن مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي والفشل الكلوي وبهذه الأمراض بصفة عامة، لا يرتبط بالتعرض للقناة، في حين أن مرض أورام الثدي يرتبط بالتعرض لها بشكل جزئي للغاية، ويمكن إرجاع ذلك إلى طبيعة هذه الأمراض التي تجعل الاهتمام بها منصبًا على المصابين بالدرجة الأولى كونها تندرج تحت بند الأوبئة، وليس الأعراض التي يمكن أن

نطلق عليها أمراض اعتيادية أو ما تدعى بالأمراض الجماهيرية التي تصيب قطاع محدد تطول معه فترة العلاج.

وبناء على ما سبق من نتائج المعاملات الإحصائية، نقبل الفرض العدمي الذي يشير إلى عدم الارتباط بين معدل التعرض لقناة نفرتيتي ومستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة وبمرضي الالتهاب الكبدي الفيروسي والفشل الكلوي بصفة خاصة، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود هذا الارتباط، مع قبول الفرض البديل جزئيًا فقط بما يخص مستوى التعرض للقناة ومستوى المعرفة بأمراض أورام الثدي مع ملاحظة الضعف الشديد لهذا الارتباط الطردي الذي لم يزد حسب معامل بيرسون للارتباط الخطي البسيط عن (0.11) فقط.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة عزة الكحكى (1998) حيث أوضحت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين مجموعات الجمهور المختلفة في حجم التعرض لحملة الدرن في مستوى كل من المعرفة السطحية والعامة للحملة، ولصالح الأكثر تعرضًا، في حين لم يتضح وجود فروق دالة إحصائيًا فيما يتعلق بالمعرفة المتعمقة لحملة الدرن وكل من المعرفة السطحية والمتعمقة والعامة لحملة الإيدز[1].

كما تختلف أيضًا هذه النتيجة مع دراسة أمل جابر (1996) حيث أظهرت الدراسة عدم وجود علاقة بين الاستخدام العام للتليفزيون ومستوى المعرفة المكتسبة[2]. وتختلف كذلك هذه النتيجة مع دراسة جريفين (1990)،

---

(1) عزة الكحكى ، **مرجع سابق**، ص267.

(2) أمل جابر ، **مرجع سابق**، ص182.

حيث أظهرت الدراسة وجود علاقة دالة إحصائيًا بين متغير التعرض لوسائل الإعلام ومستوى المعرفة[1].

وتختلف أيضًا هذه النتيجة مع ما توصل إليه هاني الكنيسى (1993) في دراسته حيث وجد أنه كلما زاد حجم التعرض للتليفزيون، زاد مستوى المعرفة المتعمقة بأحداث الزلزال[2].

كذلك تختلف هذه النتيجة مع دراسة سترومان وسلتزر (1989) حيث توصل الباحثان إلى أنه كلما زاد التعرض للمشاهدة كلما زادت المعرفة عن الإيدز[3].

** **

الفرض الثاني : توجد علاقة ارتباط إيجابية بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية ودرجة المعرفة بالقضايا الصحية البارزة:

(1) Robert J. Griffin , **op. cit,** pp. 554-566.

(2) Hany El-Konayysi, **op. cit,** pp. 91-95.

(3) Caorolyn A. Stroman and Richard Seltzer , **op. cit,** pp. 881-887.

جدول رقم (80)

العلاقة بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية ودرجة المعرفة بالقضايا الصحية البارزة

المعرفة بالأمراض / درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي	الالتهاب الكبدي الفيروس		أورام الثدي		الفشل الكلوي		الأمراض بصفة عامة	
	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية	معامل الارتباط بيروسون	مستوى المعنوية
درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي	0.219	0.000	0.208	0.000	0.281	0.000	0.267	0.000

لاختبار وجود العلاقة الارتباطية بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للمعلومات الصحية ودرجة المعرفة بالقضايا الصحية البارزة، تم استخدام معامل بيرسون للارتباط الحظي البسيط بين متغيرين غير إسميين، وقد دلت نتائج المعاملات عن ما يلي:

- تبين وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي ومستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، حيث كانت قيمة معامل بيرسون (0.267) وهي قيمة دالة عند مستوى معنوية (0.000)، ولكن هذه العلاقة ضعيفة للغاية كما توضحها قيمة معامل الارتباط.

- أثبت الاختبار وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيًا طردية الاتجاه ضعيفة الشدة بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي ومستوى المعرفة بأمراض الالتهاب الكبدي الفيروسي وأمراض الثدي والفشل الكلوي، إذ كانت قيم معامل بيرسون في هذا الارتباط (0.219، 0.208، 0.281) وهي قيم دالة عند مستوى معنوية (0.000)، وتشير هذه العلاقات الطردية إلى زيادة المعرفة بهذه الأمراض بزيادة درجة الاعتماد، لكن دون إهمال أن شدة هذه العلاقات تقلل من جدواها حيث لم تزد هذه الشدة حسب معاملات الارتباط السابقة عن (0.281).

وبناء على ما سبق من نتائج المعاملات الإحصائية، نرفض الفرض العدمي الذي يشير إلى عدم الارتباط بين درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي ومستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، وبأمراض الالتهاب الكبدي الفيروسي والفشل الكلوي وأورام الثدي، وبالتالي نقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود هذا الارتباط، بمعنى أنه كلما زاد درجة الاعتماد على القناة زاد مستوى المعرفة بهذه الأمراض والعكس صحيح. مع ضرورة الانتباه لضعف شدة هذه العلاقات التي تفقدها أهميتها، إذ لم يتجاوز شدتها كما أشار معامل بيرسون للارتباط الخطي البسيط عن (0.281).

** **

الفرض الثالث: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المعرفة بالقضايا الصحية البارزة لدى المبحوثين وفقًا للمتغيرات الديموجرافية (النوع، السن، التعليم، المستوى الاقتصادي الاجتماعي) تتمثل في:

1- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في الإلمام بالمعلومات الصحية المثارة لصالح الإناث.

2- توجد فروق دالة إحصائيًا وفقًا لسن المبحوثين من حيث إلمامهم بالمعلومات الصحية المثارة لصالح كبار السن.

3- توجد فروق دالة إحصائيًا وفقًا لمستويات تعليمهم من حيث إلمامهم بالمعلومات الخاصة بالقضايا الصحية المثارة لصالح مستوى التعليم المرتفع.

4- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين وفقًا للمستوى الاجتماعي الاقتصادي من حيث إلمامهم بالمعلومات الصحية المثارة لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

1- الفرض الفرعي الأول:

أ- الفرق بين الذكور والإناث في معرفة المبحوثين بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي(C) (الأسباب ــ الأعراض ــ الوقاية):

يوضح الجدول رقم (81) الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C) (الأسباب ــ الأعراض ــ الوقاية).

الجدول رقم (81)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)

النوع / المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مدى معرفة المبحوثين بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)	5.47	5.461	6.59	6.476	-1.723	398	0.086

لاختبار الفرض الفرعي الأول القائل بوجود فروق بين الذكور والإناث في مدى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، تم إجراء اختبار (ت) T. Test الذي يقيس الفروق بين مجموعتين، وقد دلت نتائج هذا الاختبار عن عدم وجود فروق تذكر بين الذكور والإناث في هذه المعرفة، إذ كانت قيمة معامل (ت) (−1.723)، وهي قيمة غير دالة عند حرية (398) ومستوى معنوية (0.086).

وتؤكد هذه النتيجة تقارب متوسطي كلا الفئتين في مدى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، حيث كان متوسط معرفة الذكور الأقل بفارق ضئيل (5.461) مقابل (6.476) للإناث، وهذا التفوق النسبي للإناث في مستوى المعرفة ليس ذا قيمة كبيرة، كما أكد عدم دلالة نتائج الاختبار.

ويمكن إعادة غياب الفروق بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة بهذا المرض لطبيعة المرض نفسه الذي قد يصيب الذكور ويصيب الإناث، وبالتالي تتوحد أهداف المعرفة ومستوى الاهتمام وغاياته مما جعل الفروق بينهما غير واضحة الأسباب والنتائج.

وبناء على ما سبق من نتائج معامل (ت) نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود الفروق بين كلا النوعين في مستوى هذه المعرفة.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) والتي أشار فيها إلى ارتفاع مستوى المعلومات الصحية لدى الذكور عن الإناث[1]. كما تختلف هذه النتيجة أيضًا مع ما توصلت عزة عبد العظيم (1993) إليه في دراستها تفوق الذكور على الإناث في مستوى المعرفة بالحياة العامة[2]. كما تختلف هذه النتيجة أيضًا مع ما أشارت إليه عزة الكحكى (1998) في دراستها والتي أظهرت وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في المعرفة المتعمقة حول مرض الإيدز لصالح الذكور[3].

ب- الفرق بين الذكور والإناث في معرفة المبحوثين بمرض أورام الثدي (الأعراض ــ كيفية الاكتشاف ــ الوقاية):

يوضح الجدول رقم (82) الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض أورام الثدي (الأعراض ــ كيفية الاكتشاف ــ الوقاية).

---

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق،** ص 177.

(2) Azza Abd-El Azim, **op. cit,** p. 103.

(3) عزة الكحكي ، **مرجع سابق،** ص281.

الجدول رقم (82)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض أورام الثدي

النوع / المعرفة بمرض أورام الثدي	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مدى معرفة المبحوثين بمرض أورم الثدي	3.23	4.020	5.10	5.097	- 3.694	398	0.000

باستخدام اختبار (ت) T. Test لقياس الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث في مستوى معرفتهما بمرض أورام الثدي، تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كلا الفئتين، حيث كانت قيمة معامل (ت) المحسوبة (–3.69) وهي قيمة دالة إحصائيًا عنـــد درجة حريـــة (398) ومستوى معنوية (0.000).

وتؤكد هذه الفروق الدالة على تفوق الإناث بشكل واضح على الذكور في مستوى المعرفة بهذا المرض، إذ كان متوسط معرفة الإناث (5.1) مقابل متوسط معرفي (3.2) فقط للذكور.

وربما يعود ذلك الفرق لطبيعة هذا المرض الذي يخص النساء بشكل أعظم، وبالتالي فمن الطبيعي أن يزيد مستوى معرفتهن واهتمامهن بأعراض وظروف وكيفية الاكتشاف والوقاية به مقابل الذكور الذين لا تزيد مستوى معرفتهم به عن باب المعرفة بالشيء ليس إلا.

وبناء على ما سبق من نتائج معامل (ت) نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق إحصائية دالة بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة

بمرض أورام الثدي لصالح الإناث الأكثر معرفة، وبالتالي نقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والقائل بوجود فروق بين كلا النوعين.

جـ- الفرق بين الذكور والإناث في معرفة المبحوثين بمرض الفشل الكلوي (الأعراض ــ كيفية الاكتشاف ــ الوقاية):

يوضح الجدول رقم (83) الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض الفشل الكلوي (الأعراض ــ كيفية الاكتشاف ــ الوقاية).

الجدول رقم (83)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بمرض الفشل الكلوي

النوع / مدى المعرفة بمرض الفشل الكلوي	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مدى معرفة المبحوثين بمرض الفشل الكلوي	7.51	7.625	9.18	8.883	1.856 -	398	0.065

- باستخدام اختبار (ت) لقياس الفروق بين مجموعتي الذكور والإنـــاث في مستوى معرفتهما بمرض الفشل الكلوي، تبين أنـــه لا توجـــد أي فروق معنوية دالة إحصائيًا بين كلا الفئتـــين، إذ كانـــت قيمـــة (ت) المحسوبة (-1.86) وهي قيمة غير دالة عند درجة حريـــة (398) ومستوى معنوية (0.065).
- وتؤكد هذه النتيجة تقارب متوسطي الذكور والإنـــاث فـــي مســـتوى المعرفة بمرض الفشل الكلوي بالرغم من تفـــوق الإنـــاث بشـــكل لا

يكاد يذكر عن الذكور في مستوى هذه المعرفة، حيث كان متوسط معرفة الإناث (8.88) مقابل (7.63) للذكور، وهو فارق غير دال إحصائيًا كما يبين معامل الاختبار.

- ويمكن تفسير غياب الدلالة الإحصائية في الفروق بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة بهذا المرض إلى طبيعة المرض نفسه الذي يمكن أن يصيب كلا النوعين، وبالتالي فإن مستوى الاهتمام به والبحث عن معلومات الأعراض وكيفية الاكتشاف والوقاية هي عامل مشترك بين الذكور والإناث على حد سواء.

وبناء على ما سبق من نتائج معامل (ت) نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة بمرض الفشل الكلوي، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود الفروق بين كل من الذكور والإناث في مستوى هذه المعرفة.

د- الفرق بين الذكور والإناث في معرفة المبحوثين بالأمراض بصفة عامة:

يوضح الجدول رقم (84) الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة.

الجدول رقم (84)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة

النوع / مدى المعرفة بالأمراض بصفة عامة	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
مدى معرفة المبحوثين بالأمراض بصفة عامة	16.21	15.402	20.87	19.034	2.455 ‑	398	0.015

- باستخدام اختبار (ت) لقياس الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث في مستوى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة، تبين وجود فروق ذات دلالة معنوية بينهما في مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (–2.46) وهي قيمة دالة عند درجة حرية (398) ومستوى معنوية (0.015).
- وتؤكد هذه النتيجة تفوق الإناث اللواتي بلغ متوسط معرفتهن بالأمراض بصفة عامة (20.87) مقابل (16.21) للذكور.
- ويمكن رد هذه النتيجة إلى أن الفارق في المعرفة بأحد الأمراض الثلاث التي قاستها الدراسة ــ مرض أورام الثدي– هو السبب الحقيقي لهذا الفارق بالنسبة للأمراض بصفة عامة.

وبناء على ما سبق من نتائج معامل (ت) نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق معنوية تذكر بين الذكور والإناث في مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، ونقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والذي يشير بوجود هذه الفروق بينهما.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة عزة الكحكى (1998) حيث أشارت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في المعرفة المتعمقة لحملة الإيدز لصالح الذكور، في حين لم يثبت صحة الفرض فيما يتعلق بالمعرفة السطحية والعامة لحملة الإيدز، وكل من المعرفة السطحية والمتعمقة والعاملة لحملة الدرن[1].

كما تختلف هذه النتيجة مع دراسة هاني الكنيسى (1993) حيث توصلت الدراسة إلى تفوق الذكور على الإناث في المعرفة المتعمقة بأخبار الزلزال من التليفزيون[2].

كما تختلف هذه النتيجة مع دراسة أمل جابر (1996) حيث أكدت الدراسة على عدم وجود اختلافات معرفية دالة بين الذكور والإناث في المعرفة العامة والمتعمقة للأحداث الخارجية من التليفزيون[3].

وتختلف أيضًا هذه النتيجة مع دراسة عزة عبد العظيم (1993) حيث أسفرت الدراسة عن عدم وجود علاقة بين الذكور والإناث والمعرفة عن إدمان المخدرات[4].

** **

الفرض الفرعي الثاني:

الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده:

(1) عزة الكحكى ، **مرجع سابق**، ص281.

(2) Hany El-Konayysi, **op. cit,** pp. 96-98.

(3) أمل جابر ، **مرجع سابق**، ص183.

(4) Azza Abd El-Azim, **op. cit,** p. 115.

يوضح الجدول رقم (85) الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (85)

الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

الأمراض	الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي	(أقل من 20)	34	5.68	6.404	1.642	4 395	0.163
	(من 20 لقل من 30)	196	5.27	5.900			
	(من 30 لقل من 40)	108	6.44	5.329			
	(من 40 لقل من 50)	48	6.13	5.995			
	(من 50 فأكثر)	14	8.71	6.207			
	الإجمالي	400	5.84	5.837			
المعرفة بأورام الثدي	(أقل من 20)	34	3.79	5.426	3.915	4 395	0.004
	(من 20 لقل من 30)	196	3.25	4.112			
	(من 30 لقل من 40)	108	3.91	4.168			
	(من 40 لقل من 50)	48	5.44	5.090			
	(من 50 فأكثر)	14	6.71	5.511			
	الإجمالي	400	3.86	4.491			
المعرفة	(أقل من 20)	34	8.24	9.132	3.091	4	0.016

الأمراض	الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
بمرض الفشل الكلوي	(من 20 لقل من 30)	196	7.26	8.363		395	
	(من 30 لقل من 40)	108	7.65	6.985			
	(من 40 لقل من 50)	48	11.33	7.708			
	(من 50 فأكثر)	14	11.14	8.565			
	الإجمالي	400	8.07	8.096			
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	(أقل من 20)	34	17.71	20.294	2.814	4 395	0.025
	(من 20 لقل من 30)	196	15.78	17.027			
	(من 30 لقل من 40)	108	17.99	14.782			
	(من 40 لقل من 50)	48	22.90	16.580			
	(من 50 فأكثر)	14	26.57	16.233			
	الإجمالي	400	17.77	16.827			

يتضح من استخدام معامل تحليل التباين في اتجاه واحد one way Anova لقياس الفروق بين أكثر من مجموعتين (مجموعات الفئات العمرية الخمس) على النتائج التالية:

- لا توجد فروق معنوية تذكر بين الفئات العمرية الخمس في مستوى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، حيث تشير قيمة (ف) المحسوبة إلى (1.64) وهي قيمة غير دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.16).

- توجد فروق معنوية ذات دلالة إحصائية بين كلا من الفئات العمرية الخمس في مستوى المعرفة بمرضي أورام الثدي، والفشل الكلوي، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (3.91، 3.09) وهما قيمتان دالتان عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.004) و (0.016) على التوالي.

ومن قراءة هذه النتائج يتضح أن الفئة الأكبر سنًا هي الأكثر معرفة في هذين المرضين كما تشير معاملات المتوسط الحسابي لمعرفتهم.

ويمكن رد ذلك بالدرجة الأولى إلى أن هذه الأمراض تصيب الكبار في العمر أكثر من الصغار، إضافة لزيادة الوعي الطبي بازدياد العمر.

كما توجد فروق ذات دلالة معنوية بين الفئات العمرية في مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، حيث دلت قيمة (ف) المحسوبة على (2.81) وهى قيمة دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.025)، وتعود هذه الفروق بمستوى المعرفة بالأمراض إلى الفروق التي أحدثتها المعرفة بمرض أورام الثدي والفشل الكلوي.

ولمعرفة مصدر هذه الفروق قام الباحث بإجراء اختبار (LSD) البعدي الذي أشارت نتائجه إلى ما يلي:

جدول رقم (86)

التباين بين الفئات العمرية للمبحوثين ومدى معرفة المبحوثين بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

المعرفة بالأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
المعرفة بأورام الثدي	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.54	0.509
		(من 30 لأقل من 40)	0.11 -	0.897
		(من 40 لأقل من 50)	1.64 -	0.098
		(من 50 فأكثر)	2.92 -	0.038
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.66-	0.216
		(من 40 لأقل من 50)	2.19-	0.002
		(من 50 فأكثر)	3.46-	0.005
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	1.53-	0.047
		(من 50 فأكثر)	2.81-	0.026
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	1.28-	0.343
المعرفة بمرض الفشل الكلوي	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	0.98	0.511
		(من 30 لأقل من 40)	0.59	0.710
		(من 40 لأقل من 50)	3.10-	0.085

المعرفة بالأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
		(من 50 فأكثر)	2.91-	0.254
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	0.39-	0.683
		(من 40 لأقل من 50)	4.08-	0.002
		(من 50 فأكثر)	3.89-	0.080
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	3.69-	0.008
		(من 50 فأكثر)	3.49 -	0.125
	(من 40 لأقل من 50)	(من 50 فأكثر)	0.19	0.938
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	(اقل من 20)	(من 20 لأقل من 30)	1.93	0.534
		(من 30 لأقل من 40)	0.28 -	0.931
		(من 40 لأقل من 50)	5.19 -	0.166
		(من 50 فأكثر)	8.87 -	0.095
	(من 20 لأقل من 30)	(من 30 لأقل من 40)	2.22 -	0.268
		(من 40 لأقل من 50)	7.12 -	0.008
		(من 50 فأكثر)	10.80 -	0.020
	(من 30 لأقل من 40)	(من 40 لأقل من 50)	4.91 -	0.091
		(من 50 فأكثر)	8.58 -	0.071

مستوى المعنوية	الفرق بين المتوسطين	المجموعة المقارنة	المجموعة الأولى	المعرفة بالأمراض
0.468	3.68 -	(من 50 فأكثر)	(من 40 لأقل من 50)	

يتضح من بيانات الجدول السابق:

- أن مصدر الفروق في مستوى المعرفة بمرض أورام الثدي نتج عن دلالة التباين بين فئات (أقل من 20 سنة) و (50 سنه فأكثر) وبين فئة (20 - لأقل من 30 سنة) و(من 40 - لأقل من 50 سنة) و(50سنة فأكثر) وبين فئة (30 - لأقل من 40 سنة) والفئتين ذاتهما. حيث كانت كل قيم الاختبار البعدي دالة كما يوضحها الجدول.
- كذلك كانت مصدر الفروق في المعرفة بمرض الفشل الكلوي تعود إلى دلالة التباين بين فئة (20 - لأقل من 30) والفئة العمرية (40 - لأقل من 50) وبين فئة (30 - لأقل من 40) والفئة السابقة لها.
- في حين أن الفروق بالنسبة للمعرفة بالأمراض بصفة عامة تعود إلى دلالة التباين بين فئة (20-لأقل من 30) وفئتي (40-لأقل من 50) و (50 فأكثر) كما يتضح من قيم مستوى المعنوية للدلالة بين الفروق الظاهرة في الجدول.

وبناء على ما سبق من نتائج المعاملات الإحصائية، نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق بين الفئات العمرية في مستوى المعرفة بمرضي أورام الثدي، والفشل الكلوي، إضافة لمستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، ونقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والقائل بوجود الفروق بينهم. وعلى النقيض نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق

دالة إحصائية بين الفئات العمرية في مستوى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، ونرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بهذا الخصوص.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عزة الكحكى (1998) حيث تفوقت الفئة العمرية المتوسطة لأفراد العينة على كل من الفئة العمرية الأكبر سناً والأصغر سناً في مستويات المعرفة السطحية والمتعمقة والعامة للحملتين التليفزيونيتين[1].

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة عزة عبد العظيم (1993) حيث أظهرت الدراسة بعدم وجود علاقة بين الفئات العمرية والمعرفة عن قضية الإدمان[2].

وتختلف هذه النتيجة أيضًا مع دراسة ماكلويد وماكدونالد (1985) حيث أشارت الدراسة إلى الفئات العمرية الأكبر سناً أكثر معرفة من الفئات العمرية الأصغر سناً في مستوى المعرفة[3].

كما تتعارض هذه النتيجة أيضًا مع دراسة أمل جابر (1996) حيث أثبتت الدراسة أن الأكبر سناً أكثر معرفة في مستوى المعلومات الخاصة بالأحداث الخارجية من التليفزيون من الأصغر سناً[4].

** **

---

(1) عزة الكحكى ، **مرجع سابق**، ص278.

(2) Azza Abd El-Azim , **Op. Cit,** p. 115.

(3) Jack M. Mcleod and Daniel G. McDonald, **Op. Cit,** pp. 3-33.

(4) أمل جابر ، **مرجع سابق**، ص183.

الفرض الفرعي الثالث:

الفرق بين المستويات التعليمية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده:

يوضح الجدول رقم (87) الفرق بين المستويات التعليمية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (87)

الفرق بين المستويات التعليمية للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

الأمراض	المستويات التعليمية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي	يقرأ ويكتب/ ابتدائي	4	1.50	1.732	4.670	4 395	0.001
	إعدادي وما يعادله	11	7.36	6.454			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	5.48	6.133			
	تعليم جامعي	267	5.45	5.555			
	دراسات عليا	39	9.28	6.096			
	الإجمالي	**400**	**5.84**	**5.837**			
المعرفة بأورام الثدي	يقرأ ويكتب/ ابتدائي	4	1.75	2.062	3.413	4 395	0.009
	إعدادي وما يعادله	11	4.36	5.608			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	3.57	4.128			
	تعليم جامعي	267	3.60	4.394			
	دراسات عليا	39	6.26	5.092			
	الإجمالي	**400**	**3.86**	**4.491**			

الأمراض	المستويات التعليمية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
المعرفة بمرض الفشل الكلوي	يقرأ ويكتب/ ابتدائي	4	3.75	2.986	3.252	4 395	0.012
	إعدادي وما يعادله	11	8.82	9.239			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	8.54	9.099			
	تعليم جامعي	267	7.39	7.668			
	دراسات عليا	39	12.03	7.846			
	الإجمالي	**400**	**8.07**	**8.096**			
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	يقرأ ويكتب/ ابتدائي	4	7.00	5.099	4.349	4 395	0.002
	إعدادي وما يعادله	11	20.55	19.725			
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	17.59	17.783			
	تعليم جامعي	267	16.44	16.075			
	دراسات عليا	39	27.56	16.889			
	الإجمالي	**400**	**17.77**	**16.827**			

يتضح من نتائج استخدام معامل تحليل التباين في اتجاه واحد one way Anova لقياس الفروق بين مجموعات المستويات التعليمية الخمسة في مستوى المعرفة بالأمراض الخاصة بالدراسة عمومًا وتفصيلاً النتائج التالية:

- توجد فروق دالة معنويًا بين المستويات التعليمية المختلفة في مستوى المعرفة بالأمراض الثلاثة (الالتهاب الكبدي الفيروسي ــ أورام الثدي ــ الفشل الكلوي)، إضافة لظهور هذه الفروق بشكل طبيعي بناء على ذلك في مستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، حيث كانت قيم (ف) المحسوبة (4.67، 3.413، 3.252، 4.349) وجميعها قيم دالة عند درجتي حرية (4، 395) ومستويات معنوية (0.001، 0.009، 0.012، 0.002) على التوالي.

- ويتضح من قراءة نتائج هذا الجدول وحسب المتوسطات الحسابية أنه كلما زاد مستوى التعليم زاد بشكل نسبي مستوى المعرفة بهذه الأمراض، **وللوقوف على هذه الفروق بشكل أفضل قام الباحث بإجراء الاختبار البعدي بطريقة (LSD) لمعرفة مصدر التباين بين هذه المجموعات.**

جدول رقم (88)

التباين بين المستوى التعليمي للمبحوثين ومدى معرفة المبحوثين بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

الأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي	يقرأ ويكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	5.86 −	0.081
		تعليم متوسط أو فوق متوسط	3.98 −	0.176
		تعليم جامعي	3.95 −	0.172
		دراسات عليا	7.78 −	0.010
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق متوسط	1.88	0.308
		تعليم جامعي	1.91	0.278
		دراسات عليا	1.92 −	0.328
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	0.03	0.966
		دراسات عليا	3.80 −	0.001
	تعليم جامعي	دراسات عليا	3.83 −	0.000
المعرفة بأورام	يقرأ ويكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	2.61 −	0.314
		تعليم متوسط أو فوق متوسط	1.82 −	0.424

الأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
الثدي		تعليم جامعي	– 1.85	0.408
		دراسات عليا	– 4.51	0.054
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق متوسط	0.79	0.579
		تعليم جامعي	0.76	0.578
		دراسات عليا	– 1.89	0.212
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	– 0.03	0.953
		دراسات عليا	– 2.69	0.002
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 2.65	0.001
المعرفة بمرض الفشل الكلوي	يقرأ ويكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	– 5.07	0.279
		تعليم متوسط أو فوق متوسط	– 4.79	0.243
		تعليم جامعي	– 3.64	0.368
		دراسات عليا	– 8.28	0.050
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق متوسط	0.27	0.915
		تعليم جامعي	1.43	0.561
		دراسات عليا	– 3.21	0.241
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	1.16	0.259
		دراسات عليا	– 3.48	0.027
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 4.64	0.001
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	يقرأ ويكتب / ابتدائي	إعدادي وما يعادله	– 13.55	0.162
		تعليم متوسط أو فوق متوسط	– 10.59	0.212
		تعليم جامعي	– 9.44	0.258
		دراسات عليا	– 20.56	0.018

الأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
	إعدادي وما يعادله	تعليم متوسط أو فوق متوسط	2.95	0.580
		تعليم جامعي	4.11	0.420
		دراسات عليا	– 7.02	0.215
	تعليم متوسط أو فوق المتوسط	تعليم جامعي	1.16	0.586
		دراسات عليا	– 9.97	0.002
	تعليم جامعي	دراسات عليا	– 11.13	0.000

وقد أشارت نتائج الجدول إلى :

- يعود مصدر التباين في مستوى المعرفة بين الفئات التعليمية المختلفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي إلى دلالة الفروق بين مجموعة (يقرأ ويكتب)، ومجموعة (الدراسات العليا)، وبين مجموعة (التعليم المتوسط) و (الدراسات العليا).
- يعود مصدر التباين في مستوى المعرفة بين الفئات التعليمية المختلفة بمرض أورام الثدي إلى دلالة الفروق بين مجموعة (التعليم المتوسط) ومجموعة (الدراسات العليا).
- يعود مصدر التباين في مستوى المعرفة بين الفئات التعليمية المختلفة بمرض الفشل الكلوي إلى دلالة الفروق بين فئات (يقرأ ويكتب) و(الدراسات العليا) وبين (التعليم المتوسط أو فوق المتوسط) و(الدراسات العليا).
- يعود مصدر التباين في مستوى المعرفة بين الفئات التعليمية المختلفة بالأمراض بصفة عامة إلى دلالة الفروق بين فئتي (يقرأ ويكتب) و(الدراسات العليا)، وبين (التعليم المتوسط) و (الدراسات العليا)،

إضافة إلى الفروق بين (التعليم الجامعي) و (الدراسات العليا)، حيث تشير كل نتائج مستوى المعنوية لكافة الفروق بين الفئات المشار إليها إلى وجود تباين بين هذه الفئات نتج عنه التباين المشـــار إليـــه فـــي الفرض.

- وتتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أشـــارت الدراسة إلى ارتفاع مستوى المعلومات الصـــحية لـــدى المســـتويات التعليمية الأعلى مقارنة بذوي المستويات التعليمية الأقل[1].
- واتفقت هذه النتيجة أيضًا مع ما أشارت إليه دراسة عـــزة الكحكـــى (1998) إلى وجود فروق دالة إحصائيًا فـــي مســـتوى المعلومـــات الصحية حول مرضى الإيدز والدرن لصالح الفئات التعليمية الأعلى تعليمًـــا[2]. وكـــذلك اتفقـــت مـــع دراســـة عـــزة عبـــد العظـــيم (1993) حيث أشارت الدراسة إلى ارتفاع مستوى المعرفـــة حـــول مشكلة الإدمان لدى الأفراد الأعلى في المستويات التعليمية[3].

وبناء على ما سبق من نتائج المعاملات الإحصائية، نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق بين المستويات التعليمية في مستوى المعرفة بأمراض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C)، وأورام الثدي، والفشل الكلوي، إضافة لمستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، ونقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والقائل بوجود الفروق بينهم.

** **

---

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق**، ص180.

(2) عزة الكحكي ، **مرجع سابق**، ص236.

(3) Azza Abd El-Azim, **Op. Cit,** p. 108.

الفرض الفرعي الرابع:

الفرق بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمبحوثين في مدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده:

يوضح الجدول رقم (89) العلاقة بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمبحوثين ومدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (89)

الفرق بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمبحوثين ومدى معرفتهم بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

الأمراض	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي	منخفض	171	5.52	5.721	1.531	2 397	0.218
	متوسط	188	5.82	5.836			
	مرتفع	41	7.29	6.234			
	الإجمالي	**400**	**5.84**	**5.837**			
المعرفة بأورام الثدي	منخفض	171	3.14	3.841	9.505	2 397	0.000
	متوسط	188	3.94	4.644			
	مرتفع	41	6.46	5.334			
	الإجمالي	**400**	**3.86**	**4.491**			
المعرفة بمرض الفشل الكلوي	منخفض	171	7.22	8.020	3.924	2 397	0.021
	متوسط	188	8.18	8.147			
	مرتفع	41	11.12	7.574			
	الإجمالي	**400**	**8.07**	**8.094**			
	منخفض	171	15.88	16.105	4.833	2	0.008

الأمراض	المستوى الاقتصادي الاجتماعي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	متوسط	188	17.94	17.122		397	
	مرتفع	41	24.88	16.869			
	الإجمالي	**400**	17.77	16.827			

- يتضح من استخدام معامل تحليل التباين في اتجاه واحد one way Anova أنه توجد فروق ذات دلالة معنوية بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية الثلاثة في مستوى المعرفة بأمراض أورام الثدي والفشل الكلوي، إضافة للتباين بينهم بمستوى المعرفة بالأمراض بصفة عامة، إذ كانت قيمة (ف) المحسوبة (9.50) و(3.92) و(4.83) على التوالي وهي قيم دالة عند درجتي حرية (2، 397) ومستويات معنوية (0.000، 0.021، 0.008) على التوالي.
- وبالعودة إلى المتوسطات الحسابية لفئات المستويات الاجتماعية الاقتصادية الثلاث يتضح أنه كلما زاد المستوى الاجتماعي الاقتصادي –نسبيًا– ازداد مستوى المعرفة بهذه الأمراض.

وربما يعود ذلك حسب ما وجدت كثير من الدراسات السابقة لتعدد الاختيارات أمام القطاعات الأعلى في ضوء المستوى للحصول على المعرفة المطلوبة.

وبالتالي لم تظهر هذه الفروق بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية في مستوى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (1.53) وهي قيمة غير دالة عند درجتي حرية (2، 397) ومستوى معنوية (0.218)، وربما يعود غياب الفارق في هذا المرض تحديدًا

لانتشاره في أوساط الطبقة الدنيا بشكل يجعل المعرفة ليست حكرًا على فئة دون الأخرى.

- **ولمعرفة مصدر التباين في الفروق الناتجة قام الباحث بإجراء اختبار بعدي بطريقة (LSD) أسفرت نتائجه كما يلي:**

جدول رقم (90)

التباين بين المستوى الاقتصادي الاجتماعي للمبحوثين

ومدى معرفة المبحوثين بالأمراض بصفة عامة ومعرفة كل مرض على حده

الأمراض	المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
المعرفة بأورام الثدي	منخفض	متوسط	0.080 ⁻	0.086
		مرتفع	3.32 ⁻	0.000
	متوسط	مرتفع	2.52 ⁻	0.001
المعرفة بمرض الفشل الكلوي	منخفض	متوسط	0.95 ⁻	0.262
		مرتفع	3.90 ⁻	0.006
	متوسط	مرتفع	2.95 ⁻	0.034
المعرفة بالأمراض بصفة عامة	منخفض	متوسط	2.05 ⁻	0.244
		مرتفع	9.00 ⁻	0.002
	متوسط	مرتفع	6.94 ⁻	0.016

- يعود مصدر التباين في المعرفة بأورام الثدي إلى دلالة الفروق بين فئة المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض والمرتفع وبين فئتي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والمرتفع.

- يعود مصدر التباين في المعرفة بمرض الفشل الكلوي إلى دلالة الفروق بين فئتي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع وكل من فئتي المتوسط والمنخفض.
- يعود مصدر التباين في المعرفة بالأمراض بصفة عامة إلى دلالة الفروق بين هذه المجموعات ذاتها في المرضين السابقين، كما دلت كل قيم مستوى المعنوية الموضحة في الجدول للدلالة بكل مستوى الفروق بين هذه المجموعات.

وبناء على نتائج المعاملات الإحصائية السابقة، نرفض الفرض العدمي فيما يخص الفروق بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة في مستوى المعرفة بكل من مرضي أورام الثدي والفشل الكلي والمعرفة بالأمراض بصفة عامة، وبالتالي نقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود فروق بين هذه المستويات بالنسبة لمستوى المعرفة بالأمراض المشار إليها. وعلى النقيض لم يثبت الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والخاص بوجود الفروق بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة بمستوى المعرفة بمرض الالتهاب الكبدي الفيروسي ليتم قبول الفرض العدمي الذي ينفي هذه الفروق.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة علاء الشامي (2001) حيث أشارت الدراسة إلى قبول جزئية بأن مستوى المعلومات الصحية العامة للشباب المصري حول مرض الالتهاب الكبدي الفيروسي (C) لا يختلف باختلاف مستواهم الاجتماعي الاقتصادي، في حين تختلف جزئية من هذه النتيجة مع دراسة علاء أيضًا حيث أظهرت الدراسة بأن مستوى المعلومات الصحية

العامة للشباب المصري حول مرض الفشل الكلوي لا يختلف باختلاف مستواهم الاجتماعي والاقتصادي[1].

وتتفق هذه النتيجة أيضًا مع ما أشارت إليه عزة الكحكي (1998) في دراستها من وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات الأعلى والأقل في المستوى الاجتماعي الاقتصادي لصالح الفئات الأعلى، وذلك في مستويات المعرفة السطحية والمتعمقة والعامة، لكل من حملتي الإيدز والدرن، مما يدل على أن الحملات الإعلامية بالتليفزيون قد أحدثت فجوة معرفية بين قطاعات الجمهور المختلفة في المستوى الاجتماعي الاقتصادي[2].

** **

الفرض الرابع: تختلف معدلات التعرض لقناة نفرتيتي باختلاف المتغيرات الديموجرافية للمبحوثين:

1- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في معدل التعرض لقناة نفرتيتي لصالح الإناث.

2- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من الفئات العمرية المختلفة في معدل التعرض لقناة نفرتيتي لصالح كبار السن.

3- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من المستويات التعليمية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي لصالح المستوى التعليمي المرتفع.

---

(1) علاء الشامي ، **مرجع سابق،** ص179.

(1) عزة الكحكى ، **مرجع سابق،** ص225.

4- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من المستويات الاجتماعية الاقتصادية في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

الفرض الفرعي الأول:

الفرق بين الذكور والإناث في معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي لصالح الإناث:

يوضح الجدول رقم (91) الفرق بين الذكور والإناث في التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي لصالح الإناث.

الجدول رقم (91)

الفرق بين الذكور والإناث في التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي لصالح الإناث

النوع / معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي	7.89	1.988	8.61	2.281	-3.096	398	0.002

- باستخدام اختبار (ت) T. Test لقياس الفروق بين مجموعتين معروف انحرافهما المعياري، يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى التعرض لقناة نفرتيتي، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (-3.096) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجة حرية (398) ومستوى معنوية (0.002) وذلك لصالح الإناث الأكثر تعرضًا للقناة اللواتي أشار متوسط تعرضهن للقناة إلى (8.61) مقابل (7.89) للذكور.

- وتتفق هذه النتيجة مع نتائج معظم الدراسات السابقة في المجتمعـــات العربية التي تشير إلى تعرض الإناث أكثر من الـــذكور للتليفزيـــون عمومًا.

وبناء على قيمة اختبار (ت) نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في مستوى التعرض لقناة نفرتيتي، ونقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والذي يشير إلى وجود هذه الفروق لصالح الإناث الأكثر تعرضًا.

الفرض الفرعي الثاني:

الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي لصالح كبار السن:

يوضح الجدول رقم (92) الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (92)

الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي

الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
(اقل من 20)	34	8.50	2.428	1.899	4	0.110
(من 20 ــ لأقـل مـن 30)	196	8.03	2.105		395	
(من 30 ــ لقل من 40)	108	8.08	2.083			

الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
من م(40 ــ لأقل مــن 80)	48	8.02	1.929			
(من 50 فأكثر) (*)	14	9.50	2.029			
الإجمالي	**400**	**8.14**	**2.115**			

باستخدام تحليل التباين أحادي الاتجاه ظهر عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية المختلفة في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي، حيث كانت قيمة (ف) (1.899) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.11).

وبناء على هذه النتيجة نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية المختلفة في مستوى التعرض لقناة نفرتيتي، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود اختلاف بين هذه الفئات في مستوى تعرضهم للقناة.

الفرض الفرعي الثالث:

الفرق بين المستوى التعليمي في معدل التعرض لقناة نفرتيتي لصالح مستوى التعليم المرتفع:

يوضح الجدول رقم (93) الفرق بين المستوى التعليمي في معدل تعرض عينة الدراسة لقناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

(*) تتراوح درجات مقياس التعرض لقناة نفرتيتي ما بين (2 إلى 14 درجة).

جدول رقم (93)

الفرق بين المستوى التعليمي في معدل التعرض لقناة نفرتيتي

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
يقرأ ويكتب / ابتدائي	4	9.00	1.414	1.899	4 395	0.110
إعدادي وما يعادله	11	8.73	2.149			
تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	8.19	2.612			
تعليم جامعي	267	8.13	1.979			
دراسات عليا (*)	39	7.82	1.972			
الإجمالي	400	8.14	2.115			

- باستخدام معامل تحليل التباين أحادي الاتجاه ظهر عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين كافة فئات المستوى التعليمي في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي، حيث كانت قيمة (ف) (1.899) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.110).
- وربما يمكن قراءة هذه النتائج وردها إلى جماهيرية القناة التي كان معدل التعرض لها في المراتب الأولى بين القنوات المصرية المتخصصة سواء من الفئات العمرية المختلفة أو بين المستويات التعليمية المتباينة.

وبناء على هذه النتيجة نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق المستويات التعليمية في مستوى التعرض لقناة نفرتيتي، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والذي يشير إلى وجود هذه الفروق.

(*) تتراوح درجات مقياس التعرض لقناة نفرتيتي ما بين (2 إلى 14) درجة.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة حسن على محمد (2000) حيث أشارت الدراسة إلى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد الإقبال على مشاهدة البرامج الصحية[1].

الفرض الفرعي الرابع:

الفرق بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في معدل التعرض لقناة نفرتيتي لصالح المستوى الاجتماعي المرتفع:

يوضح الجدول رقم (94) الفرق بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في معدل التعرض لمشاهدة قناة نفرتيتي لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (94)

الفرق بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في معدل التعرض لقناة نفرتيتي

المستوى الاجتماعي لاقتصادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
منخفض	171	8.19	2.309	0.121	2 397	0.886
متوسط	188	8.08	1.967			
مرتفع	41	8.17	1.961			
الإجمالي	400	8.14	2.115			

- باستخدام معامل تحليل التباين أحادي الاتجـــاه One Way Anova ظهر عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بـــين كافـــة فئـــات المســـتوى الاجتماعي الاقتصادي في معدل تعرضهم لقناة نفرتيتي، حيث كانت

(1) حسن علي محمد ، **مرجع سابق**، ص365.

قيمة (ف) (0.121) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجتي حرية (2، 397) ومستوى معنوية (0.886).

وبناء على ذلك نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية المختلفة في معدل التعرض لقناة نفرتيتي، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود هذه الفروق في معدل التعرض لقناة نفرتيتي.

الفرض الخامس: تختلف درجة الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية باختلاف المتغيرات الديموجرافية للمبحوثين تتمثل في:

1- توجد فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية لصالح الإناث.

2- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين من الفئات العمرية المختلفة في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية لصالح كبار السن.

3- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين في المستويات التعليمية في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي لصالح المستوى التعليمي المرتفع.

4- توجد فروق دالة إحصائيًا بين المبحوثين في المستويات الاجتماعية الاقتصادية في درجة اعتمادهم على قناة نفرتيتي لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

الفرض الفرعي الأول:

الفرق بين الذكور والإناث في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية لصالح الإناث:

يوضح الجدول رقم (95) الفرق بين الذكور والإناث في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية لدى عينة الدراسة.

الجدول رقم (95)

الفرق بين الذكور والإناث في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية

النوع / معدل الاعتماد على قناة نفرتيتي	الذكور (ن = 266)		الإناث (ن = 134)		قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
معدل الاعتماد على قناة نفرتيتي في الحصول على المعلومات الصحية	2.52	0.571	2.48	0.680	0.658	398	0.511

- باستخدام اختبار (ت) T. Test يتضح عدم وجود فروق معنوية بين الذكور والإناث في مستوى اعتمادهم على قناة نفرتيتي لاستقاء المعلومات الصحية، حيث كانت قيمة (ت) المحسوبة (0.658)

وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجة حرية (398) ومستوى معنوية (0.511).

- وتتطابق هذه النتيجة مع نتيجة عدم وجود فروق تذكر بين كلا المجموعتين في مستوى التعرض للقناة، مما يشير إلى تكافؤ الاعتماد على هذه الوسيلة تقريبًا بين الذكور والإناث (2.52 للذكور، 2.48 للإناث).

وبناء على هذه النتيجة نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الذكور والإناث في معدل الاعتماد على قناة نفرتيتي لاستقاء المعلومات الصحية، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والقائل بوجود هذه الفروق.

الفرض الفرعي الثاني:

الفرق بين الفئات العمرية المختلفة في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية لصالح كبار السن:

يوضح الجدول رقم (96) الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي في الحصول على المعلومات الصحية لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (96)

الفرق بين الفئات العمرية للمبحوثين في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية

الفئات العمرية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجتا الحرية	مستوى المعنوية
(اقل من 20)	34	2.53	0.615	2.002	4 395	0.093
(من 20 ــ لأقل من 30)	196	2.45	0.627			
(من 30 ــ لقل من 40)	108	2.50	0.572			
من م(40 ــ لأقل من 80)	48	2.73	0.494			
(من 50 فأكثر)	14	2.50	0.855			
الإجمالي	400	2.51	0.609			

- باستخدام معامل تحليل التباين باتجاه واحـــد One Way Anova لقياس الفرق بين المستويات العمرية المختلفة في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي لاستقاء المعلومات الصحية، تبين عدم وجود أي فروق دالة بين هذه المستويات في مستوى الاعتماد على القناة، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (2.002) وهي قيمة غير دالة إحصـــائيًا عنـــد درجتي حرية (4، 395) ومستوى معنوية (0.093).

وبناء على ذلك نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية المختلفة في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي

كمصدر لاستقاء المعلومات الصحية، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة بوجود هذه الفروق في مدى الاعتماد على القناة.

الفرض الفرعي الثالث:

الفرق بين المستوى التعليمي للمبحوثين في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي في الحصول على المعلومات الصحية لصالح المستوى التعليمي المرتفع:

يوضح الجدول رقم (97) الفرق بين المستوى التعليمي في مدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي في الحصول على المعلومات الصحية لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (97)

الفرق بين المستوى التعليمي في مدى اعتمادهم المبحوثين على قناة نفرتيتي في الحصول على المعلومات الصحية

المستوى التعليمي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجتا الحرية	مستوى المعنوية
يقرأ ويكتب / ابتدائي	4	2.50	1.000	0.641	4 395	0.633
إعدادي وما يعادله	11	2.36	0.809			
تعليم متوسط أو فوق المتوسط	79	2.57	0.547			
تعليم جامعي	267	2.48	0.615			
دراسات عليا	39	2.59	0.595			
الإجمالي	400	2.51	0.609			

- باستخدام معامــل تحليــل التبــاين أحــادي الاتجــاه One Way Anovaلمعرفة الفروق بين المستويات التعليمية المختلفة فــي مــدى اعتمادهم على قناة نفرتيتي لاستقاء المعلومات الصحية، تبين عــدم وجود أي فروق دالة إحصائيًا بين هذه المستويات التعليمية في مدى الاعتماد على القناة، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (0.641) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجتــي حريــة (4، 395) ومســتوى معنوية (0.633).
- وتتفق هذه النتيجة بدورها مع ذات النتيجة بالنسبة لمستوى التعرض للقناة مما يؤكد عدم التباين في أي مستويات تعليمية.

وبناء على هذه النتيجة نقبل الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المستويات التعليمية المختلفة في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي لاستقاء المعلومات الصحية، وبالتالي نرفض الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والقائل بوجود هذه الفروق في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي.

الفرض الفرعي الرابع:

الفرق بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع:

يوضح الجدول رقم (98) الفرق بين الاجتماعي الاقتصادي في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية لدى عينة الدراسة.

جدول رقم (98)

الفرق بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي للحصول على المعلومات الصحية

المستوى الاجتماعي الاقتصادي	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ف)	درجة الحرية	مستوى المعنوية
منخفض	171	2.50	0.598	4.119	2 397	0.017
متوسط	188	2.46	0.615			
مرتفع	41	2.76	0.582			
الإجمالي	400	2.51	0.609			

- يتضح من استخدام معامل تحليل التباين في اتجاه واحد One Way Anovaأنه توجد فروق ذات دلالة معنوية بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية الثلاثة في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي لصحة الأسرة كمصدر للحصول على المعلومات الصحية، حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (4.119) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا عند درجتي حرية (2، 397) ومستوى معنوية (0.017).
- ولمعرفة مصدر التباين في الفروق الناتجة قام الباحث بإجراء اختبار بعدي بطريقة (LSD) أسفرت نتائجه كما يلي:

جدول رقم (99)

التباين بين المستوى الاجتماعي الاقتصادي للمبحوثين

ومدى الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية

المجموعة الأولى	المجموعة المقارنة	الفرق بين المتوسطين	مستوى المعنوية
منخفض	متوسط	0.05	0.477
	مرتفع	0.25 −	**0.016**
متوسط	مرتفع	0.30 −	**0.004**

- يعود مصدر التباين في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية إلى دلالة الفروق بين فئة المستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض والمرتفع، وبين فئتي المستوى الاجتماعي الاقتصادي المتوسط والمرتفع.

وبناء على نتائج المعاملات الإحصائية السابقة، نرفض الفرض العدمي القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين المستويات الاجتماعية الاقتصادية في مدى الاعتماد على قناة نفرتيتي كمصدر للحصول على المعلومات الصحية، وبالتالي نقبل الفرض البديل الذي أشارت إليه الدراسة والذي يشير إلى وجود هذه الفروق لصالح المستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع.

** ** **

مقترحات الدراسة

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج اقترح الباحث ما يلي:

أولاً: مقترحات خاصة بقناة نفرتيتي لصحة الأسرة:

1- ضرورة ضم قناة نفرتيتي لصحة الأسرة إلى القنوات الأرضية المصرية، لإتاحة وصولها إلى فئات اجتماعية ليس لديها القدرة المادية على امتلاك أجهزة الاستقبال الفضائية، مما يؤدي إلى توسيع قاعدتها وانتشارها كما هو الحال لقناة النيل للأخبار، أو إذاعة بعض برامج قناة نفرتيتي لصحة الأسرة على القنوات الأرضية، من أجل النهوض بصحة المواطن المصري ورعايته.

2- زيادة عدد ساعات الإرسال الفعلية بقناة نفرتيتي، مما يمكنها من تلبية كافة الاحتياجات المعرفية والصحية الخاصة بالجمهور.

3- إنتاج برامج صحية متميزة على شكل مسابقات وجوائز لتوسيع قاعدة المشاركة الجماهيرية العريضة، وسهولة وصول المعلومات الصحية بشكل جيد.

4- إعداد حملات صحية مستمرة لمختلف الأمراض مثل الإيدز والأورام والأمراض المعدية وغيرها من الأمراض.

5- إنتاج أعمال درامية صحية ذات تكنيك فني عالي يجذب الجمهور معتمدًا على فنون الإبهار والإخراج التي تشد انتباه الجمهور.

6- مراعاة المستوى الاجتماعي الاقتصادي والتعليمي للجمهور المتلقي عند إعداد البرامج الصحية، والعمل على أهمية تضييق الفجوة بين

فئات الجمهور ذوي المستويات المختلفة خاصة فيما يتعلق بتذكر وإدراك المعلومات الصحية المختلفة.

7- الإكثار من المواد الفيلمية والوسائل الإيضاحية من خلال عرض الصور والشرائح التوضيحية المصاحبة للصوت، مما يزيد من فاعلية الرسالة الصحية.

8- عرض بعض برامج قناة نفرتيتي لصحة الأسرة بجميع الوحدات الصحية المختلفة في حضور الرائدات الصحيات لضمان وصول الرسالة الصحية الجيدة.

9- إعداد وتنظيم دورات تدريبية مكثفة للمعدين والمخرجين ومقدمي البرامج الصحية في مجال التثقيف الصحي، والعمل على إعداد كوادر مؤهلة ومتخصصة في مجال الإعلام الصحي لتنفيذ برامج صحية على قدر من التنوع والعمق وجذب الانتباه.

10- ضرورة التنويه عن مواعيد إذاعة البرامج بالقناة أكثر من مرة، حتى يتسنى للجمهور مشاهدتها. والعمل على تنسيق مواعيد إذاعة البرامج وفقًا لكل فئة عمرية مختلفة.

11- إجراء أبحاث دورية لتقييم مستوى الأداء بالقناة على مستوى الإعداد والتقديم والإخراج وكذلك على مستوى الموضوعات والقضايا الصحية التي تتناولها القناة بهدف التطوير.

12- تطوير موقع القناة على شبكة الإنترنت التابع لوزارة الصحة والسكان، وتمكين الجمهور من مشاهدة أجزاء من برامج القناة، ومعرفة مواعيد إذاعتها لزيادة رقعة الجمهور المستهدف والمستفيد من قناة نفرتيتي لصحة الأسرة.

13- تقديم القناة خدمة مجانية للجمهور على الهواء مباشرة من خلال توفير خطوط تليفونية ساخنة للرد على استفسارات وتساؤلات الجمهور عن الأمراض المختلفة.

14- تسجيل برامج القناة التي تتناول الأمراض وكيفية الوقاية والعلاج ونقلها على شرائط فيديو (V.H.S) واسطوانات ممغنطة (C.D) وطرحها في الأسواق بأسعار رمزية.

15- زيادة مساحة البرامج المذاعة على الهواء مباشرة، لضمان التفاعل مع الجمهور والقناة.

16- ضرورة وضع هيكل تنظيمي للقنوات الصحية.

ثانيًا: مقترحات خاصة بالتليفزيون:

1- زيادة البرامج الصحية بالتليفزيون.

2- الاهتمام بالتركيز على الأطباء والعلماء وإبراز دورهم الفعال في علاج الأمراض المتواطنة في مصر.

3- التنسيق مع وزارة الصحة والسكان لعمل حملات توعية مستمرة للوقاية من الأمراض.

4- الاستفادة من البرامج الأجنبية الصحية المتوفرة بمكتبات التليفزيون وترجمتها وإعادة بثها على القنوات العامة والمحلية، مع مراعاة الضوابط الأخلاقية المصرية.

ثالثًا: مقترحات خاصة بالأسرة:

1- يجب على كل أسرة أن تهتم بزيادة الوعي الصحي لدى أفرادها وتثقيفهم صحيًا من خلال الكتب والمجلات الطبية المتخصصة.

2- يجب على كل أسرة أن توجه أفرادها لمتابعة البرامج الصحية التي تقدمها وسائل الإعلام المختلفة، خاصة البرامج التي تهتم بصحة الطفل والأم والأسرة بشكل عام.

حدود البحث وما يثيره من دراسات مستقبلية:

نظرًا لجهد الباحث المحدود وإمكانياته المحدودة تناول موضوع الدراسة دور قناة نفرتيتي لصحة الأسرة في إمداد الجمهور المصري بالمعلومات الصحية في إطار نظريتي فجوة المعرفة والاعتماد، إلا أن تناول هذه الدراسة يثير العديد من النقاط البحثية التي نأمل أن تشجع العديد من الباحثين في دراستها:

1- دراسة ميدانية على الشباب من طلاب الكليات العملية والنظرية في مدى مشاهدة القنوات الطبية المتخصصة والبرامج الصحية بشكل عام ومدى الاهتمام بها.

2- مدى تأثير الحالة الصحية للجمهور على مشاهدة القنوات الصحية بشكل عام والبرامج الصحية بوسائل الإعلام المختلفة بشكل خاص.

3- دراسة تحليلية لمضمون البرامج الصحية التي تذاع على قناة نفرتيتي لصحة الأسرة، وهل المعلومات المقدمة للجمهور العام متعمقة أم سطحية.

4- دراسة ميدانية على لقائم بالاتصال وتشمل المعدين والمقدمين والمخرجين بقناة نفرتيتي بحيث يتم التعرف على الثقافة الصحية للقائم بالاتصال ومدى إيمانه بالرسالة التي يقوم بها والتأكد من مدى حرصه على توصيل المعلومات الصحية للجمهور.

5- دراسة ميدانية على الأطباء يتم فيها تقييم البرامج الصحية المقدمة على قناة نفرتيتي.

قائمة المحتويات